

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

E.A.P. DE OBSTETRICIA.

**Factores que influyen en el inicio de la atención
prenatal de gestantes adolescentes atendidas en la
consulta prenatal del Hospital Santa Rosa de octubre a
diciembre del 2007**

TESIS

para optar el título profesional de Licenciada en Obstetricia

AUTOR

Patricia Barrera Huamán

ASESOR

Isabel Alfonzo Flores

Lauro Marcoantonio Rivera Félix

Lima – Perú

2008

DEDICATORIA

A mis padres: Pio y Nelly, por su guía, apoyo y ejemplo maravilloso.

AGRADECIMIENTOS

A Dios, quien ilumina mi camino y está siempre conmigo;

A mi familia, porque con su apoyo incondicional me alientan a seguir adelante con optimismo, agradezco su comprensión y sus aunados esfuerzos al brindarme educación; A mi Coasesor Marcoantonio Rivera Félix, por su confianza y apoyo incondicional al realizar este trabajo.

Gracias.

INDICE

RESUMEN	4
INTRODUCCION	6
OBJETIVOS	24
MATERIAL Y METODOS	25
RESULTADOS	33
DISCUSION	58
CONCLUSIONES	68
RECOMENDACION	70
BIBLIOGRAFIA	71
ANEXOS	75

RESUMEN

FACTORES QUE INFLUYEN EN EL INICIO DE LA ATENCIÓN PRENATAL DE GESTANTES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN LA CONSULTA PRENATAL DEL HOSPITAL SANTA ROSA DE OCTUBRE A DICIEMBRE DEL 2007.

OBJETIVO: Identificar los Factores que influyen en el Inicio de la Atención Prenatal de gestantes adolescentes.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio descriptivo, retrospectivo, de corte transversal; la muestra fue de 206 gestantes adolescentes seleccionados aleatoriamente con criterios de inclusión: Gestante adolescente en buen estado general, gestante que acudió a su primera APN sin presencia de complicaciones del I Trimestre y que acepten ingresar al estudio mediante la firma de un consentimiento informado. Se utilizó una Ficha de Recolección de Datos de Historia Clínica para la identificación de la edad gestacional a la primera Atención Prenatal (APN) y se realizó una entrevista estructurada; las variables analizadas fueron correspondientes a seis segmentos: Factor Familiar, Factor Pareja, Factor Educacional, Factor Económico, Factor Psicológico y Factor Institucional.

RESULTADOS: La Edad promedio de la muestra fue 17,6 años, predominó el inicio temprano de la APN durante el I Trimestre (n=112 pacientes - 54,4%) (Tabla 1). En cuanto al **factor núcleo familiar**, dominó el estado civil de padres Casados (n=85 - 41,3%), la buena comunicación con los padres (n=120 -58.3%), la preocupación de los padres hacia el embarazo (n=196 – 95.2%) y la pareja como acompañante a la primera APN (n=79 – 38.3%). En cuanto al **factor pareja**; se halló predominancia de gestante con estado civil Soltera (n=109 - 52,9%); pareja con nivel secundaria completa (n=103 - 50%), buena relación de pareja (n=173 - 83,9%) y aceptación de

la pareja al embarazo (n=192 – 93.2%). En el **factor educacional**, predominó gestante con nivel secundaria completa (n=90 – 43.7%); y el si saber y conocer que es APN en (n=104 – 50.5%). En cuanto al **factor Socioeconómico**, predominó ingreso económico del hogar entre los 550 - 1000 soles al mes (n=121 - 58,7%); y el apoyo económico de padres y pareja (n=115 - 55,8%). **Factor psicológico**, se halló dominio de embarazos no deseados (n=171 - 83%), y temor al informar a sus padres sobre su embarazo (n= 167 - 81%) y en el **Factor institucional**, se encontró que más de la mitad de la muestra no tuvo problema para el acceso al hospital (n=109 - 52.9%).

CONCLUSIONES: Existen factores que influyen en el momento en el cual la gestante está decidiendo iniciar su APN. El inicio temprano (I trimestre) de la APN fue prevalente en la muestra estudiada con un (54.4%), asimismo el 38.3% tuvo inicio intermedio (II trimestre) y el inicio tardío (III trimestre) fue un 7.3%. Los factores que influyeron en asistir a la APN de manera temprana fueron el **factor pareja** (estado civil, escolaridad de la pareja y aceptación del embarazo), el **factor educacional** (escolaridad de la gestante y conocimientos sobre la APN) y el **factor familiar** (la buena comunicación y confianza con los padres, el vivir con la pareja y/o familia de la pareja y el apoyo familiar ante el embarazo). Asimismo el **Factor institucional y el Factor psicológico** tuvieron más influencia al inicio tardío de la APN.

PALABRAS CLAVES: Adolescencia, Factores, Atención Prenatal.

INTRODUCCION

La adolescencia es una etapa de transición que ha despertado un enorme interés tanto en la sociedad así como en el ámbito de salud pública ⁽¹⁾ ⁽²⁾. Diversas investigaciones refieren que el embarazo adolescente está determinado por múltiples factores siendo ellas de tipo biológico, psicológico y social, entre los que revisten de particular importancia los psicosociales, siendo los factores sociales del entorno familiar: tipo de familia y el patrón de crianza, los que están relacionados al embarazo en adolescentes significativamente en comparación con los otros factores ⁽³⁾ ⁽⁴⁾. Asimismo se distingue la importancia de la educación como un factor protector ante la fecundidad ya que está demostrado que a mayor educación existen menores tasas de embarazo en la adolescencia, pues aquellas adolescentes con mayor educación tienen perspectivas de mejores condiciones de vida y desarrollo, igualmente son las que tienen más acceso a información en sexualidad y a métodos anticonceptivos ⁽⁵⁾.

Otro factor importante muy relacionado a la fecundidad en adolescentes es el factor económico; la literatura refiere que el factor económico es el que más fuertemente está asociado con el embarazo en adolescentes indicando que las influencias contextuales y socioeconómicas del hogar son los que determinan el comportamiento reproductivo de las adolescentes ⁽⁶⁾ ⁽⁷⁾. Así se muestra en la tasa de fecundidad por niveles de ingreso, las adolescentes pobres presentaron altas tasas en comparación con las menos pobres. Se tiene que en el (I Quintil), la tasa fue de 113 por mil y esta casi triplica a la de las menos pobres (V Quintil), que es de 44 por mil. Similar situación se encuentra en las otras regiones del país, destacando la tasa de fecundidad en las adolescentes en situación de pobreza que residen en la Selva, casi 1 nacimiento al año por cada 4 adolescentes, con relación a aquellas

que viven en el resto del país. Las madres adolescentes se encuentran mayoritariamente en los dos quintiles más pobres ⁽⁸⁾.

De esta manera la adolescencia está asociada a serios problemas de tipo social y económico, asimismo el(la) adolescente está más predispuesto a abandonar tempranamente el hogar, iniciar precozmente su actividad sexual, arriesgándose al contagio de las ITS - VIH, el no uso de métodos anticonceptivos, embarazo no deseado, abortos y partos que a esa edad determinará consecuencias adversas de tipo social, económico, médico, psicológico y educativo que afecta tanto a los padres adolescentes como a sus hijos ^{(3) (8) (9) (10) (11)}.

En cuanto al Perú; según la INEI 2000, las adolescentes entre 10 y 19 años constituyeron el 35.45% de las 2'721,251 mujeres en edad fértil y el porcentaje de adolescentes madres y con primer embarazo según la ENDES 2004 fue de (12.7%); tenemos así que la frecuencia de madres adolescentes y con el primer embarazo en el departamento de Lima fue de 9%, en la Sierra la frecuencia fue de 11% y en la Selva un 29% ⁽⁵⁾. Así también el año 2005 el Hospital Santa Rosa reportó que los partos adolescentes constituyeron un (13.6%) del total de sus partos atendidos.

Es muy frecuente que los embarazos en adolescentes sean embarazos no deseados, de por sí el embarazo no deseado es considerado como una gran problemática actual debido a su alta incidencia; asimismo la ENDES 2004 muestra que más de la mitad de los embarazos adolescentes (55%) no fue deseado, consecuentemente diversos estudios han descrito que muchos de los embarazos no deseados terminaron en aborto inducido, y que sólo en el 2003 fueron atendidas más de 30.000 adolescentes con cuadros de abortos complicados ^{(12) (5) (13)}. A su

vez se menciona que muchas pacientes que tuvieron casos de aborto, nunca asistieron a ninguna Atención Prenatal, pues quizás si hubieran recibido alguna atención prenatal precoz no hubieran terminado en aborto⁽¹⁴⁾. Sabiéndose también que el aborto es la cuarta causa de mortalidad materna en el Perú y que puede ser mortal para aquellas adolescentes que se someten a dicho procedimiento.

De esta manera el embarazo adolescente es considerado como un problema de salud pública, pues es contribuyente importante a la morbilidad materna y cursando a su vez por problemas perinatales, muchas de ellas prevenibles con una adecuada vigilancia y cuidado prenatal; es justamente por ello necesario una atención prenatal en forma periódica, integral y temprana o precoz lo cual permite disminuir el riesgo de muerte, tanto materna como perinatal⁽¹⁵⁾.

Por lo tanto el comienzo de la Atención prenatal en los tres primeros meses de embarazo (captación precoz) es de gran trascendencia, ya que esta puede garantizar que el desarrollo del embarazo este dentro de los parámetros de la normalidad, evitando riesgos para la madre y su futuro hijo. Además de la captación precoz se requieren que las atenciones prenatales subsiguientes se realicen en forma periódica permitiendo el contacto con la adolescente para poder educarla y prepararla para el momento del parto. Cabe resaltar que la Morbilidad materna es de 2 a 5 veces más alta en las mujeres menores de 18 años que en las de 20 a 29 años; al mismo tiempo un tercio de las hospitalizaciones de mujeres adolescentes son por complicaciones de aborto⁽⁹⁾ ⁽¹⁶⁾. Así también la Atención Prenatal de los embarazos en adolescentes ocurre en un 81,9%, mientras que la atención del parto institucional, en 55,6% y la tasa de cesáreas, 8,5%.⁽¹⁷⁾

Diversas investigaciones en adolescentes embarazadas tanto a nivel nacional como internacional, han mostrado una deficiente Atención Prenatal, ya sea por ausencia o por inicio tardío del mismo, lo cual es grave ya que la falta de educación a la gestante influye sobre los cuidados prenatales y la evolución del embarazo, de este modo la deficiencia de la atención prenatal refleja la insuficiencia de estrategias para la adecuada captación a la adolescente embarazada.⁽¹⁸⁾ Esto es una problemática pues los estudios revisados muestran la relación directa entre la deficiencia de la Atención prenatal y la Morbilidad materna en la adolescente embarazada, distinguiéndose que la mayoría de adolescentes inician tardíamente su Atención Prenatal y que las complicaciones más resaltantes son: infección de vías urinarias, anemia, amenaza de parto pretérmino, ruptura prematura de membranas y retardo en el crecimiento intrauterino⁽¹⁹⁾. Asociándose asimismo la Atención prenatal ausente o insuficiente con una ganancia de peso menor de 8kg durante la gestación, bajos ingresos familiares, desinterés del compañero por el embarazo, maltrato físico durante el mismo y embarazo no deseado⁽¹⁾. Es por eso la importancia y el valor del inicio temprano de la Atención prenatal, pues esta evitaría la desnutrición y la morbilidad materna; algunos estudios concluyeron que la Atención Prenatal tardía (≥ 25 semanas) esta asociada directamente con a la presencia de anemia, deficiencia de hierro y zinc⁽²⁰⁾.

Por ello lo ideal para las gestantes es que estas tengan una atención prenatal precoz que les permita asegurar su salud hasta después del momento del parto. Así también se ha visto que el acceso e inicio de la Atención Prenatal en la gestante adolescente puede verse afectado por diversos factores sean de su entorno social, económico, psicológico e institucional; la alteración de uno de estos factores puede llevar una atención prenatal tardía o insuficiente, acompañado de

carencias nutricionales y patologías que no fueron tratadas a tiempo por el personal de salud, desencadenándose un parto complicado.

Actualmente aún existe poco conocimiento sobre los factores que contribuyen a la utilización de los servicios de atención prenatal por parte de las madres adolescentes. La escasez o ausencia de las atenciones prenatales se han relacionado con factores socioeconómicos, geográficos, educacionales y políticos ⁽¹⁾
(3) (9).

Hay estudios que resaltan la importancia de las redes sociales (familia y contexto social) como contribuyentes a la decisión de asistir o no a la Atención Prenatal; indican que las redes sociales están asociadas al cuidado prenatal de las madres adolescentes y su relación con el acceso al sistema de salud ⁽²⁾. Así también el aspecto psicológico también tiene importancia en su relación al cuidado del embarazo adolescente; los estudios estipulan que la adolescente embarazada generalmente no planifica su gestación y que este suceso se presenta como un evento no programado, determinándose una conducta de ocultamiento de su condición, produciéndose así una Atención Prenatal tardía o insuficiente, acompañado de carencias nutricionales y bajo peso. ⁽²¹⁾

Todo ello genera la interrogante de conocer si existen factores que influyen y/o condicionan al Inicio precoz de la Atención Prenatal, pues como se sabe el comienzo de la atención en los tres primeros meses de embarazo (captación precoz) es de gran importancia para la prevención de riesgos y complicaciones del embarazo, parto y puerperio; asimismo la captación precoz protegería contra el aborto provocado y las deficiencias nutricionales en la gestante adolescente.

La investigación sobre los factores que influyen en el inicio Temprano de la Atención Prenatal es elemental pues a partir de ello se pueden generar nuevas

medidas de captación precoz y fomentar un seguimiento adecuado del embarazo adolescente, asegurando así el parto institucional; ya que este grupo de alto riesgo es muy propenso a las complicaciones obstétricas - perinatales.

IMPORTANCIA DE LA ATENCIÓN PRENATAL EN LA GESTANTE ADOLESCENTE (APN)

La Atención Prenatal es un conjunto de acciones médicas y asistenciales que se concretan en entrevistas o visitas programadas con el equipo de salud, a fin de controlar la evolución del embarazo y obtener una adecuada preparación para el parto y la crianza del recién nacido con la finalidad de disminuir los riesgos de este proceso fisiológico ^{(21) (22) (23)}.

Asimismo la Guía Nacional 2004, de Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva define a la Atención Prenatal como: *La vigilancia y evaluación integral de la gestante y el feto que realiza el profesional de salud para lograr el nacimiento de un recién nacido sano, sin deterioro de la salud de la madre. Considerar que todo embarazo es potencialmente de riesgo.*

De esta manera de Atención Prenatal tiene como finalidad primordial identificar la presencia de signos de alarma o enfermedades asociadas que requieran un tratamiento especializado para la referencia oportuna, prevenir, diagnosticar y tratar las complicaciones del embarazo, preparar física y mentalmente a la gestante para el parto, así como al entorno familiar, realizar el planeamiento individualizado del parto institucional con participación de la pareja, la familia y la propia comunidad, además de promover el apoyo familiar y social para el cuidado prenatal; promover la salud reproductiva, la planificación familiar, la adecuada nutrición, prevención y tratamiento de la anemia.

En el área obstétrica la Atención prenatal es un recurso primario ^{(15) (24)}, el cual debe ser:

1. Precoz.- Debe iniciarse en el primer trimestre del embarazo, en cuanto se haya diagnosticado el embarazo para establecer fidedignamente la edad gestacional, posibilitar acciones de prevención y promoción de la salud y detectar factores de riesgo.
2. Periódico.- La frecuencia dependerá del nivel de riesgo médico, social y psicológico.
3. Completo.- La Atención Prenatal debe ser completa en contenidos de evaluación del estado general de la mujer, de la evolución del embarazo y de las atenciones e intervenciones requeridos según edad gestacional.
4. Debe ofrecer amplia cobertura.- Se debe promover la Atención Prenatal a la mayor cantidad de población posible, garantizando la igualdad, accesibilidad y gratuidad de la atención.

Asimismo las guías nacionales consideran como mínimo que una gestante reciba 6 atenciones prenatales, distribuidas de la siguiente manera:

- Dos atenciones antes de las 22 semanas,
- La tercera entre las 22 a 24 semanas,
- La cuarta entre las 27 a 29,
- La quinta entre las 33 a 35,
- La sexta entre las 37 a 40 semanas.

Así también la frecuencia óptima de atención prenatal es la siguiente:

- Una atención mensual hasta las 32 semanas
- Una atención quincenal entre las 33 y las 36 semanas
- Una atención semanal desde las 37 semanas hasta el parto

Muchas investigaciones revisadas muestran que la Atención Prenatal temprana y regular es importante tanto para la salud de las madres como para la de sus recién nacidos. En la Atención Prenatal se debe asegurar la pronta detección y el tratamiento adecuado de posibles complicaciones del embarazo y prevenirlas cuando sea posible ^{(23) (25)}.

Tenemos que en el Perú; la Atención Prenatal de acuerdo a la edad de la madre, se encuentra un 90% en madres menores de 20 años, disminuyendo a un 87.9% en aquellas de 35 años a más ⁽²⁶⁾. Al mismo tiempo la mortalidad materna en adolescentes fue de 22.2 mujeres por 10 000 nacidos vivos y en mujeres de 15 a 49 años fue de 18.3 mujeres por 10 000 nacidos vivos al año 2000 ⁽²⁶⁾. En cuanto a la morbilidad en la gestante adolescente, se destacan el aborto, la anemia, las infecciones urinarias, los cuadros hipertensivos, la escasa ganancia de peso con malnutrición materna asociada, los síntomas de parto prematuro, las hemorragias asociadas con afecciones placentarias y la rotura prematura de las membranas ovulares ^{(1) (19) (27) (28) (29)}. De esta manera una de las causas de mayor preocupación en las gestantes adolescentes es su estado de nutrición, como se sabe los requerimientos nutricionales están directamente proporcional al gasto energético considerando que todavía se encuentra en proceso de crecimiento y desarrollo, lo cual se incrementa aún mas en el periodo de gestación ⁽³⁰⁾.

Una de las finalidades de la atención prenatal es asegurar el crecimiento y desarrollo adecuado del feto, asimismo asegurar la administración de hierro y ácido fólico durante el embarazo ^{(15) (31)}. Algunos estudios plantean que a medida que la captación es más tarde aumentan las complicaciones, sobre todo el riesgo de anemia y sepsis urinaria se hacen más evidentes. ⁽³²⁾ Concluyéndose así que la

falta de atención prenatal oportuno esta asociado con a la presencia de anemia, deficiencia de hierro y zinc. ⁽²⁰⁾

Para la prevención de complicaciones es muy importante la realización de la primera atención prenatal dentro del primer trimestre ^{(1) (15) (21)}. Porque durante la primera atención prenatal se brinda una atención integral, en la cual el personal de salud evalúa el aspecto emocional y el estado psíquico, que con frecuencia se encuentran alterados en muchas gestantes adolescentes. Asimismo en la primera atención prenatal, se determina si existen factores de riesgo psicosociales y se puede predecir si la gestación evolucionará normalmente; pues se ha demostrado que los factores negativos del entorno psicosocial, tales como la falta de comunicación y el bajo nivel de confianza a los padres están fuertemente relacionados al aborto provocado en las adolescentes ^{(12) (25)}.

Asimismo tenemos que entender que la ausencia de la atención prenatal por parte de la gestante adolescente no sólo comprende la ausencia de atención profesional, sino que además es el resultado de: la falta de un entorno social favorable que le permita a la mujer gestante acudir en busca de ayuda profesional; la falta de fe de la mujer y su familia hacia los profesionales de la salud y por último la falta de una actitud mental positiva y activa hacia el cuidado de su propia salud y la de su hijo ⁽²⁸⁾.

FACTORES QUE INFLUYEN EN EL INICIO DE LA ATENCION PRENATAL

Acerca de la utilización de servicios de Atención Prenatal, las publicaciones coinciden en señalar como principales determinantes del acceso a factores como edad, escolaridad, ocupación, estrato social, lugar de residencia, estado civil y acceso a la seguridad social ⁽²⁾ ⁽¹³⁾. Otro estudio acerca del acceso a la Atención Prenatal, explica que existen factores contribuyentes a asistir o no a la Atención Prenatal siendo la escolaridad y el apoyo social (apoyo de las amistades y familiares) de la gestante los que determinan la asistencia a la Atención Prenatal. El nivel socioeconómico interviene como predisponente de la utilización de servicios de Atención Prenatal. De igual forma, la escolaridad y el apoyo social son las variables mediadoras más importantes para el uso de servicios de salud de Atención Prenatal ⁽³³⁾.

La importancia del entorno psicosocial en relación con el proceso salud-enfermedad se ha documentado en distintos estudios epidemiológicos sobre diversos problemas de salud, asimismo para explicar esta asociación postulan que la situación psicosocial interviene como un factor condicionante inespecífico que facilita o inhibe la expresión de factores de riesgo específicos, teniendo un carácter protector cuando se evalúa como favorable o positiva, y representando un riesgo cuando se califica como desfavorable ⁽³⁴⁾. Este entorno psicosocial determina la conducta de las gestantes adolescentes frente a su salud y embarazo; la situación de riesgo está representado por aquellas situaciones familiares, laborales, económicas, sociales y culturales que demandan y exceden los recursos personales de los individuos, de tal modo que significan amenaza, daño o desafío; mediante el apoyo psicosocial o situación protectora, la persona obtiene

satisfacción de sus necesidades de reconocimiento social, afectivas, de comunicación, de solidaridad y económicas ⁽³⁴⁾.

De esta manera la importancia de las redes sociales como contribuyentes a la decisión de asistir o no a la Atención Prenatal se plasma diversos estudios ⁽²⁾; se muestra que la escasez o ausencia de la Atención Prenatal se han relacionado con factores socioeconómicos, geográficos, educacionales y políticos. Las creencias y prácticas de la medicina tradicional y doméstica correspondientes al contexto en el cual se inserta la adolescente durante el embarazo pueden intervenir en la decisión de acudir o no, en que momento, a la atención médica ^{(2) (21)}.

Tenemos así que el momento de la captación refleja la madurez materna para comenzar a enfrentar de manera sana el embarazo desde época muy temprana siendo deseable que la mujer sea captada para su Atención Prenatal antes de las 14 semanas (I Trimestre), esta es una variable que reflejaría de manera indirecta la aceptación del embarazo tanto por parte de la adolescente como de sus familiares. De igual manera se ha demostrado que las complicaciones asociadas con la gestación en madre adolescente están más ligadas a la falta de atención médica en el momento preciso por captaciones fuera de tiempo o irresponsabilidades de otro tipo, que a factores de índole biológico ⁽³⁰⁾.

No es raro que algunas adolescentes no acudan a su Atención Prenatal o lo hagan tardíamente, por desconocimiento o por ocultar la situación ⁽¹⁾. Del mismo modo aún existe poco conocimiento sobre los factores protectores y de riesgo para el acceso a los servicios de atención prenatal y asimismo se desconoce los factores que favorecen la atención temprana por parte de las gestantes adolescentes ^{(21) (25)}.

El presente estudio, ha subdividido los factores que influyen en el inicio de la Atención Prenatal en seis subfactores o dimensiones, estos son: Factor familiar, factor pareja, factor educación, factor económico, factor psicológico y el factor institucional.

I.- FACTOR FAMILIAR.- La familia desde la perspectiva psicosocial es vista como uno de los microambientes en donde permanece el adolescente y que por lo tanto es responsable de lograr que su funcionamiento favorezca un estilo de vida saludable, este estilo de vida debe promover el bienestar y el desarrollo de los miembros de la familia. La homeostasis familiar que se establece entre los miembros facilita una relación emocional y física, promueve el desarrollo individual y familiar para mantener el equilibrio ⁽³⁰⁾ ⁽³²⁾. Al mismo tiempo se entiende por Familia disfuncional (tensión y conflicto familiar), familia en crisis, maltrato o violencia, pérdida de un familiar, madre con embarazo en la adolescencia, hermana adolescente embarazada, padre ausente, etc. Y todo ello influye en el bienestar y el desarrollo de los miembros de la familia ⁽³⁵⁾.

Algunos autores mencionan que el maltrato físico a la gestante fue motivo para no asistir a la Atención Prenatal; indicando que la atención prenatal tardía y la ausencia de esta atención podrían deberse a la oposición de las personas agresoras (compañero, familiares, entre otras) y a los temores que podría sentir la mujer a que en la exploración médica se descubrieran huellas de abuso físico o sexual. ⁽¹⁾ Así también otros estudios concluyen que la falta de comunicación y el bajo nivel de confianza con los padres, así como reacciones negativas ante la noticia del embarazo estuvieron fuertemente relacionados con el aborto provocado en adolescentes ⁽¹²⁾.

Del mismo modo la gestante adolescente de una familia tipo disfuncional presenta falta de apoyo familiar, esto trae consigo la privación material, el aumento de los eventos negativos en la vida, la falta de afecto, el escaso nivel de educación y la falta de acceso a la información. Por todo ello el apoyo familiar es muy importante durante el embarazo adolescente ya que favorece y permite un adecuado cuidado prenatal y buen pronóstico para el futuro de la gestante adolescente ⁽³²⁾. Asimismo la reacción de los padres, la familia y la pareja ante la gestación influye directamente en la actitud de la adolescente hacia su primer embarazo ⁽³⁶⁾.

Concluyéndose que la participación activa de la familia y la comunidad es el componente más efectivo para la protección de la salud de la mujer y su hijo, debido a que 60% de las muertes fetales y neonatales en nuestro medio están asociados a un factor de privación social ⁽²⁸⁾.

II.- FACTOR PAREJA.- Las políticas y acciones de intervención de las instituciones de salud suelen estar dirigidas hacia la madre, aportando de esta forma a la construcción de la invisibilidad del varón. La participación de los adolescentes en la toma de decisiones para la atención prenatal está condicionada por las representaciones que tengan acerca de la paternidad ⁽³⁷⁾.

Los estudios reflejan que aquellas parejas que acompañan a sus gestantes a la atención prenatal no pertenecen al sector más marginal, pues la participación del varón esta asociado con el estrato social y el nivel educativo ⁽³⁷⁾.

Así el ingreso espontáneo del varón acompañando a su pareja a la Atención Prenatal ya nos da un indicio acerca de su posición respecto de la atención y cuidado del embarazo. Asimismo se establece la relación entre el estado conyugal con la predisposición al acceso y búsqueda de atención por parte de la

gestante pues verá en su pareja el apoyo para esa nueva etapa. Tenemos entonces que la variable estado civil en las gestantes adolescentes es muy importante, pues una relación de pareja estable favorece el apoyo tanto afectivo y económico a la gestante adolescente.

Del mismo modo algunos estudios refieren que el estado civil de soltera esta más relacionado a la captación intermedia o tardía, esto es significativamente superior en las gestantes adolescentes menores de 18 años que a su vez muestran otros factores desfavorables para una evolución peri natal adecuada ⁽³⁰⁾. Igualmente se ha asociado a la Atención Prenatal tipo tardío con una relación débil de pareja ^{(12) (32)}.

III.- FACTOR SOCIOECONÓMICO.- Actualmente estamos viviendo una década de pesada carga económica, la consecuencia de esta situación tiene su expresión en tasas negativas en salud reproductiva ⁽³⁸⁾. En casi todos los estudios sobre el tema, se considera que la situación socioeconómica juega un papel fundamental en el acceso a la Atención Prenatal ⁽³⁹⁾. El no haber trabajado durante el embarazo, y más aún, que no lo hicieron nunca, muestra una asociación significativa con la ausencia o insuficiencia de la atención prenatal ⁽¹⁾.

Se ha probado que la situación socioeconómica desfavorable conduce a la desnutrición y la anemia, un desarrollo insuficiente, falta de atención prenatal y viviendas inadecuadas, donde a menudo hay hacinamiento, promiscuidad y a veces incesto; muchas repiten el patrón de sus madres solteras que también dieron a luz siendo adolescentes ^{(30) (38)}.

Para la medición de esta variable serán utilizados los siguientes indicadores: condición de la vivienda, nivel de ingreso, condición de actividad del jefe del hogar -status socio-ocupacional- así como de la adolescente, dependencia económica de la madre adolescente respecto a su compañero. Los cuales serán

referidos en un Rango de Ingresos según los Datos Estadísticos propuestos por el MEF (Ministerio de Economía y Finanzas).

IV.- FACTOR EDUCACIÓN.- La ausencia de programas de educación en salud, y en particular para la gestante, incluyendo captación precoz de la misma se ve reflejada en el desconocimiento de la importancia de la atención prenatal y la falta de motivación; esta grave falla del sistema de salud fue reportado hace mucho tiempo por diferentes autores ⁽³⁸⁾.

La falta de conocimiento en sexualidad, es decir la total desinformación se asocia con padres de bajo nivel educacional, sin conocimiento o tabú respecto del tema ⁽³⁵⁾. Los mandatos culturales, socioeconómicos y educacionales marcan la conducta de las adolescentes. Presentando una conducta deficitaria con respecto a la prevención en salud. Los futuros profesionales deben de mejorar las políticas y/o estrategias institucionales de primer nivel de atención para incentivar los controles prenatales en tiempo y forma en las adolescentes ⁽⁶⁾. La ENDES 2004, indagó también si las gestantes habían consumido suplemento de hierro y por cuánto tiempo durante el embarazo, es así que en el nacimiento más reciente, el 65 % de las mujeres entrevistadas reportó que tomó pastillas o jarabe de hierro, cobertura que se reduce a 46 % entre las mujeres sin educación ⁽⁵⁾.

V.- FACTOR PSICOLÓGICO.- Además de todo el contexto social en el que se encuentra la adolescente cabe resaltar la importancia de sus cambios psicológicos por lo cuales a su vez también atraviesa propio de la etapa, la adolescente al ser dependiente de su familia tanto afectivo y económicamente y el embarazo al presentarse como un evento no programado, determinaría en la adolescente una actitud de rechazo y ocultamiento de su condición, lo que se ha demostrado que lleva a una atención prenatal tardía o insuficiente ⁽²¹⁾.

La salud mental de la paciente y su entorno psicosocial probablemente sea más importante que la vigilancia biomédica de la gestante durante el embarazo para el pronóstico perinatal e infantil ⁽²⁸⁾. Al mismo tiempo los sentimientos de vergüenza, temor e ignorancia hacen que la atención prenatal sea tardía e irregular, lo que se relaciona directamente con resultados adversos desde el punto de vista de la atención obstétrica y neonatal ^{(12) (40)}.

Numerosos autores asocian la Atención Prenatal tardía con ocultamiento por temor a la acción familiar ⁽³²⁾. En estas madres jóvenes se puede comprobar su inmadurez para asumir el embarazo, pues psíquicamente no están preparadas, asimismo manifiestan falta de confianza en su familia y poca información sobre el que realmente significa un embarazo en esta edad de la vida, en la cual el organismo no está preparado para asumirlo ⁽³²⁾.

En cuanto al embarazo no deseado, los estudios concluyen que el riesgo de presentar un parto domiciliario es tres veces mayor que en las mujeres cuyo embarazo fue deseado y aceptado, al parecer esto se explica por la necesidad de algunas mujeres de tratar de mantener oculto el embarazo ya sea porque fue producto de alguna relación considerada «indebida» o porque se dio en el momento inadecuado, esto es muy frecuente en las adolescentes embarazadas dado que el embarazo no fue planificado, mas aún si es producto de una relación con una pareja esporádica, con la consiguiente interrupción brusca de sus planes de vida y los serios problemas que se originan en el entorno familiar ⁽⁴¹⁾.

El embarazo y el parto alteran el desarrollo psicosocial normal de las adolescentes; numerosos autores coinciden que tras el embarazo hay una frustración de sueños, planes y estudios venideros, por lo que la joven embarazada

pasa a depender completamente de su familia, de esta manera los estudio sobre variables psicológicas en adolescentes mostró que sólo el 32,7% de las adolescentes deseaban su embarazo y que el 73,3% tenían el temor de decírselo a sus padres ⁽³²⁾.

La adolescente al momento de decidir tener su embarazo, puede tener la necesidad de desafiar y enfrentar el rechazo de la familia, seguido en ocasiones extremas de la expulsión del hogar; debe soportar la agresión psicológica de la familia y la sociedad, siendo rechazada y discriminada, eventos que serán generalmente extendidos al hijo; El hijo recibido por la adolescente y/o la familia de ésta como un inoportuno, estará expuesto a la agresión física y psíquica, al abandono, al rechazo, aunque a veces se presenta una aceptación tardía ^{(31) (32)}.

No sólo es importante la decisión de la adolescente el hecho de comunicarles a los padres sobre el embarazo, sino también la predisposición de sus padres a escucharla y entenderla; esto se verá reflejado en la reacción que ellos tengan ante esta noticia, ya que una reacción negativa aumenta 14 veces el riesgo de terminar el embarazo en un aborto provocado. ⁽²⁵⁾

VI.- FACTOR INSTITUCIONAL.- La gestación requiere cuidado materno, de tal manera que puedan identificarse y controlarse los riesgos de forma oportuna; este cuidado se espera que lo brinde el personal de salud entrenado. Por ello un aspecto a tener en cuenta dentro de los factores que explican la salud materna es el acceso de la familia gestante a los servicios de salud, en este sentido, habría que analizar en primer lugar la distancia de los profesionales en salud con respecto a la población que demanda atención.

Asimismo se sabe que existe una gran distancia cultural entre la población y los servicios de salud, de tal forma que la gente acude a ellos sólo cuando se siente enferma. Otro problema relacionado con el acceso a los servicios, lo

constituyen las limitaciones económicas y la afiliación al sistema general de seguridad social en salud. En este sentido, cobran importancia las relaciones interpersonales que logren establecer vínculo entre el personal de salud y la pareja que demanda el servicio, de manera que se posibilite la comunicación y mediante esta se establezca un compromiso mutuo para llevar a feliz término la gestación y el parto.

Las dificultades de acceso al establecimiento de salud obstaculizan la búsqueda de atención por parte de la gestante. Así en Lima Metropolitana el 76% de las mujeres refirieron tener por lo menos un problema para acceder a los servicios de salud, siendo las de mayor porcentaje el conseguir dinero para el tratamiento (52%) y la falta de personal femenino (43%). Cerca de 8 de cada 10 mujeres entrevistadas tuvo al menos un problema para buscar un servicio de salud (77%). El problema económico “conseguir dinero para el tratamiento” (54%) es el motivo por el cual mayor porcentaje de mujeres del departamento de Lima tuvieron dificultad para acceder a los servicios de salud. El segundo problema para que las mujeres puedan acceder a un establecimiento de salud fue “la falta de personal femenino” (44%). Asimismo, la distancia al establecimiento de salud, 23% y la “dificultad en el transporte”, 17%. El “no querer ir sola” al establecimiento de salud, menciona el 29% de las MEF ⁽¹⁷⁾. Al ver las altas incidencias de las limitantes de acceso hemos tomado en cuenta estas mismas variables para poder medir así la dificultad de acceso a la atención prenatal de las adolescentes gestantes del presente estudio ⁽¹⁷⁾.

OBJETIVOS

General:

- Identificar los Factores que influyen en el inicio de la Atención Prenatal de gestantes adolescentes.

Específicos:

- Identificar las características del inicio de la Atención Prenatal en las gestantes adolescentes.
- Identificar Cuáles son los Factores que influyen en el inicio temprano de la Atención Prenatal de las gestantes adolescentes.
- Reconocer las Características de una gestante adolescente que inicia tempranamente su Atención Prenatal.

MATERIAL Y MÉTODOS

1. Tipo de estudio: Estudio de no intervención, Descriptivo, retrospectivo de corte Transversal.

2. Área de Estudio: El Hospital Santa Rosa es un Hospital nivel III, cuenta con el Servicio de Adolescencia diferenciado, que brinda atención en salud sexual y reproductiva de la mujer adolescente con énfasis en la Atención Materna Perinatal y del Recién Nacido, asimismo cuenta con los servicios diferenciados de ginecología y atención prenatal, psicoprofilaxis, consejería adolescente, consejería psicológica, planificación familiar, servicio de hospitalización y sala de puerperio para gestantes adolescentes.

La población que atiende proviene sobre todo de Lima Metropolitana y mayoritariamente de los distritos de: San Miguel, Pueblo Libre, Lince y otros distritos del cono este, norte y sur.

En cuanto a las estadísticas del área adolescente, el reporte anual 2005 del Hospital Santa Rosa, mostró que del total de partos atendidos un 13.6% correspondieron a partos de adolescentes y del total partos atendidos en adolescentes el 38% culminaron en cesárea y un 62% en partos eutócicos. Asimismo el porcentaje de abortos en adolescentes fue de 14.3%.

El Hospital Santa Rosa se encuentra ubicado en Av. Bolívar y San Martín S/N distrito de Pueblo Libre, Departamento de Lima - Perú.

3. Diseño: Se trata de un estudio descriptivo, retrospectivo, de corte transversal; en el cual se realizaron 206 entrevistas estructuradas a usuarias del Servicio de

Adolescencia; las cuales fueron recolectados de forma aleatoria simple mediante un sorteo de los días de la recolección de datos, de tres días por semana durante los meses de Octubre a Diciembre del 2007. En una primera etapa se recolectó los datos de la usuaria de la Historia Clínica y/o Carne Perinatal del Centro de Salud de donde provenía, de esa manera se obtuvo la edad gestacional de la primera Atención Prenatal. En una Segunda etapa se aplicó la Entrevista Estructurada a las gestantes adolescentes en forma individual previo consentimiento informado y cumplimiento de los criterios de inclusión. Se obtuvo información sobre los factores que influyeron en el inicio de la APN: 1. Núcleo Familiar, 2. Factor Pareja, 3. Factor Educación, 4. Factor Socioeconómico, 5. Factor Psicológico y 6. Factor Institucional.

Para el análisis estadístico se elaboró una base de recolección de datos en Excel, en el cual se utilizó la distribución de frecuencias y promedio. Para la interpretación se utilizaron estadísticas descriptivas y los datos fueron analizados mediante el programa estadístico SPSS v12 español.

4. Universo y Muestra:

4.1. Población: Constituido por las usuarias que acuden al Servicio De Adolescentes del Hospital Santa Rosa.

4.2. Criterios de inclusión:

- Toda Gestante adolescente, en buen estado general que acude a la Atención Prenatal del Hospital Santa Rosa.
- Que acepten ingresar al estudio.
- Gestante adolescente que acudió a su primera Atención Prenatal sin presencia de complicaciones del primer trimestre. (aborto, hiperémesis, etc.)

4.3. Criterios de exclusión:

- Gestante adolescente con incapacidad tipo física y/o mental.
- Gestante adolescente víctima de violación sexual.
- Gestante adolescente que acudió a su primera Atención Prenatal por presentar complicaciones del primer trimestre. (amenaza de aborto, hiperémesis, etc.)

4.4. Tiempo del muestreo: 3 meses

5. Muestra:

5.1. Unidad de análisis: Gestantes adolescentes que acuden al Consultorio Adolescente del Hospital Santa Rosa.

5.2. Unidad de muestreo: Gestantes adolescentes atendidas en la Consulta Prenatal del Hospital Santa Rosa y que cumplen los criterios de inclusión.

5.3. Tamaño de la muestra: La prevalencia de partos adolescentes fue de 13.6% en el Hospital Santa Rosa. Con un intervalo de confianza al 95% y 5% de error de muestreo, se tiene que aplicando la fórmula para análisis descriptivo:

$$n = \frac{Z^2 \times (p \times q)}{e^2}$$

n: muestra
Z: nivel de confianza (95% = 1.96)
p: Prevalencia (13.6%).
q: complemento de la prevalencia.
e: error de muestreo.

$$n = \frac{(1.96)^2 (0,136) (0.864)}{(0.05)^2} = 180,5$$

En total se recolectó una muestra de 206 Entrevistas Estructuradas.

5.4. Tipo de muestreo: Probabilístico, aleatorio simple.

6. Método y Técnica:

6.1 Método: Encuesta.

6.2 Técnica: Entrevista Estructurada.

7. Plan de tabulación y análisis:

7.1 Variables:

7.1.1 Factores que influyen en el inicio de la atención prenatal.- Son todos aquellos Factores que conforman el contexto de la gestante adolescente y que influyen en acudir a la Atención Prenatal por primera vez. Son factores que tienen como efecto el Inicio de la atención prenatal en las gestantes adolescentes, estos factores están subdividido en seis segmentos: 1. Núcleo Familiar, 2. Factor Pareja, 3. Factor Educación, 4. Factor Socioeconómico, 5. Factor Psicológico y 6. Factor Institucional.

7.1.1.1 Factor Núcleo Familiar.- Son aquellos contextos de entorno familiar de la gestante adolescente, concernientes al núcleo familiar, tipo de familia, relación con los padres y apoyo familiar durante la gestación. Influyendo el entorno familiar favorable al acceso temprano de la Atención Prenatal.

7.1.1.2 Factor Pareja.- Son aquellas situaciones manifestadas por la paciente, referentes a su relación de pareja, como el estado civil, tipo de relación, apoyo de la pareja hacia la gestación, así también las características de la pareja como su nivel educativo, edad, ocupación y apoyo ante la gestación, estos factores pueden influenciar positivamente en la decisión de iniciar la atención del

embarazo facilitándose el acceso temprano de la atención prenatal.

7.1.1.3 Factor Educación.- Son aquellas características referentes al nivel educativo de la gestante adolescente, como el grado de instrucción de la adolescente y el conocimiento que esta tenga sobre el procedimiento e importancia de la atención prenatal.

7.1.1.4 Factor Socioeconómico.- Son aquellas situaciones manifestadas por la adolescente, referentes al ingreso económico de su hogar, ocupación y apoyo económico durante la gestación, que pueden influenciar en la decisión de iniciar la atención prenatal. O que pueden dificultar el inicio precoz de la atención prenatal por la falta de dinero, falta de apoyo económico o dependencia económica.

7.1.1.5 Factor Psicológico.- Son aquellas situaciones manifestadas por la adolescente, referentes a su actitud ante la gestación, el temor de informar a sus familiares sobre su gestación, ocultamiento y postergación del momento en el cual deciden anunciar a los familiares sobre la gestación, asimismo el embarazo no deseado y las dudas o ideas de no continuar la gestación pueden influenciar en la decisión de iniciar y acceder a la atención de embarazo.

7.1.1.6 Factor Institucional.- Son aquellas dificultades para acceder a los servicios de salud, el no saber a donde ir, el no tener tiempo, los problemas económicos, el no querer ir sola y la distancia al establecimiento de salud pueden influenciar en el

inicio de la atención prenatal; pues las dificultades de acceso pueden llevar al inicio tardío de la atención prenatal.

7.1.2 Inicio de la Atención Prenatal.- Es el momento que la paciente acude por primera vez al Hospital y/o Centro de salud para su Atención Prenatal realizado por el profesional de salud sea este médico u obstetra, se medirá usando como indicador a la Edad Gestacional de esta primera visita. Pudiendo ser el inicio durante el primer, segundo o tercer trimestre de gestación.

7.2 Plan de Tabulación

Para la presentación de los resultados se procedió a la utilización de tablas de frecuencias simples y tablas de contingencias; también se procedió a la utilización de gráficas y tablas de las variables respectivas.

7.3 Plan de Análisis

En todas las variables se utilizaron estadísticas descriptivas con medidas porcentuales en las variables cualitativas y promedios en las variables cuantitativas. Para la determinación de asociaciones se procedió a la utilización de las pruebas estadísticas no para métricas. Se hizo la codificación de ítems de la entrevista y se creó una tabla de base de datos en Microsoft Excel 2007, posteriormente se analizó con el Programa estadístico SPSS v12 español.

8. Procedimiento:

Para la adecuada aplicación de los instrumentos se contó con la aprobación de la responsable del servicio para el recojo de la información de las historias clínicas y carnés perinatales de las gestantes adolescentes. Se escogió al azar tres días por semana para la ejecución de las entrevistas estructuradas en aquellas que cumplieron con los criterios de inclusión. Asimismo el horario de captación de muestra fue de 8.00 am a 11.00 am.

Se procedió a brindar información del estudio a aquellas gestantes adolescentes que acudieron para su atención prenatal en dicho Hospital, y luego se procedió a la obtención del Consentimiento Informado y firma del consentimiento a aquellas que aceptaron ingresar al estudio; posteriormente se procedió al llenado de la Ficha de Recolección de datos para la obtención de la edad gestacional de la primera Atención prenatal y la aplicación de la entrevista estructurada con una duración promedio de 10 minutos.

Consecutivamente toda la información se digitó electrónicamente y mediante la codificación de los ítems de la entrevista estructurada se creó una base de datos en Microsoft Excel, del cual se elaboraron las tablas y gráficas. Posteriormente se analizaron con el Programa estadístico SPSS v12 español.

9. ASPECTOS ETICOS:

A todas las participantes se les explicó su participación en el estudio, y se les solicitó su consentimiento. Se consideró los 4 principios éticos fundamentales:

- **Conocimiento o participación libre y voluntaria:** Considerando este principio se solicitó el consentimiento a cada gestante adolescente a la cual se entrevistó para la recolección de datos.
- **Justicia:** De acuerdo con este principio se difundirá los resultados obtenidos al final de la investigación, a toda la población la cual generará propuestas de mejora para la captación precoz de gestantes adolescentes a su Atención Prenatal.
- **No maleficencia:** En base a este principio se realizaron todos los objetivos y acciones buscando el bienestar de la población en general.
- **Confidencialidad:** En consideración y respeto de este principio no se divulgará el nombre ni las respuestas de las personas de la población de estudio.

RESULTADOS

Para la descripción de los resultados hemos tomado en cuenta los objetivos de estudio por consiguiente mostramos los resultados en 3 áreas:

- I. Características del inicio de la Atención Prenatal en las gestantes adolescentes,
- II. Factores que influyen al inicio de la Atención Prenatal de las gestantes adolescentes y
- III. Características de la gestante adolescente que inicia tempranamente su Atención Prenatal.

I. CARACTERISTICAS DEL INICIO DE LA ATENCIÓN PRENATAL EN LAS GESTANTES ADOLESCENTES Y ALGUNAS CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA MUESTRA.

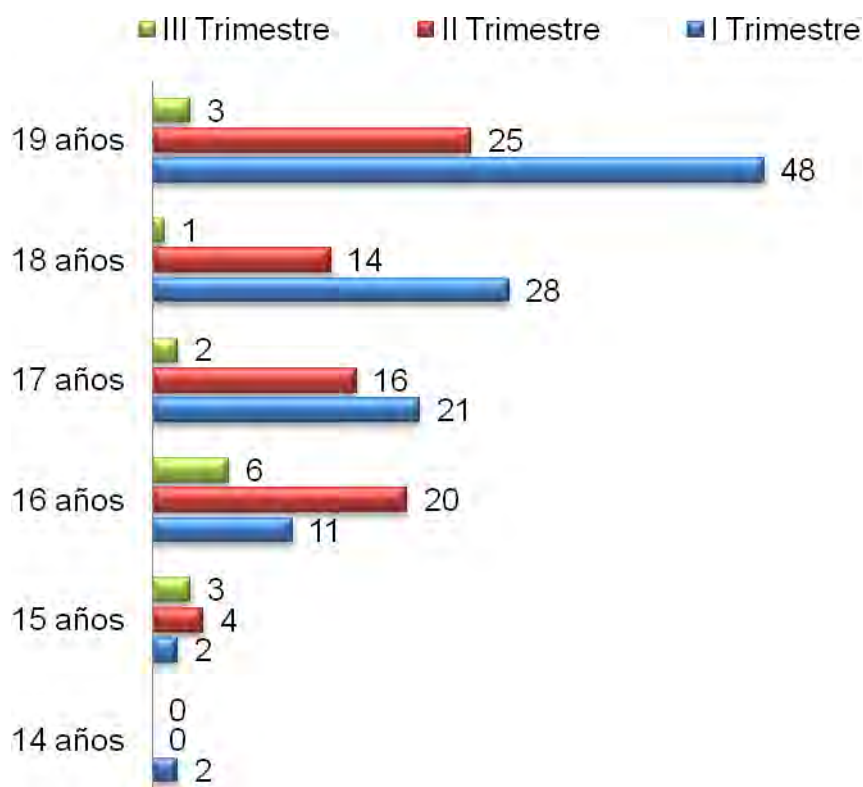
La Tabla N° 1, muestra las características del inicio de la APN, hallándose el predominio del inicio temprano de la Atención Prenatal en un 54,4%; el 45,6% restante acudió después del tercer mes de gestación así tenemos que el 38,3% de las gestantes acudieron durante el II Trimestre y 7,3% durante el III Trimestre. Encontrándose que la edad gestacional de la primera Atención Prenatal fue en promedio 14.9 semanas.

La Edad promedio de la muestra fue de 17,6 años; en su mayoría fueron de 18 y 19 años 20,9% y 36,9% respectivamente. Casi en su totalidad fueron gestantes primigestas 95,1% y un 4,9% segundigestas. Así también las adolescentes confirmaron el embarazo mayormente por medio del examen ecográfico 48,6%. En cuanto al lugar de residencia se observó que el 16% procedía del distrito de San Miguel, 9.7% Pueblo Libre, 8.7% Lince y 8.3% San Juan de Lurigancho (Tabla 1).

TABLA Nº 1.- CARACTERÍSTICAS DEL INICIO DE LA APN Y CARACTERÍSTICAS PROPIAS DE LA MUESTRA.

CARACTERÍSTICAS PROPIAS	n	%
Inicio de la APN		
I Trimestre (inicio temprano)	112	54,4
II Trimestre (inicio intermedio)	79	38,3
III Trimestre (inicio tardío)	15	7,3
— X = 14.9 semanas de E.G.		
Edad		
14 años	2	1
15 años	9	4,4
16 años	37	17,9
17 años	39	18,9
18 años	43	20,9
19 años	76	36,9
— X edad = 17.6 años.		
Formula obstétrica		
Primigesta	196	95,1
Segundigesta	10	4,9
Examen que confirmó el embarazo		
Examen de sangre	88	42,7
Ecografía	100	48,6
Examen de orina	18	8,7
Residencia Actual		
San Miguel	33	16
Pueblo Libre	20	9,7
Lince	18	8,7
S.J.L.	17	8,3
San Martin P.	16	7,7
Cercado L.	14	6,8
Callao	12	5,8
Jesús María	12	5,8
Ate Vitarte	9	4,4
Otros	55	26,7
Total	206	100

GRAFICO Nº 1.- INICIO DE LA APN CON RELACIÓN A LA EDAD DE LA GESTANTE ADOLESCENTE.



En el Grafico Nº 1, se observa la relación entre el inicio de la Atención Prenatal con respecto a la edad de la gestante adolescente; observándose que las gestantes de 18 y 19 años en más de la mitad de los casos iniciaron su Atención prenatal durante el primer trimestre (28 y 48 casos respectivamente), así también se observó que las adolescentes de 15 y 16 años tuvieron más casos de inicio de la APN durante el II y III trimestre.

II. FACTORES QUE INFLUYEN EN EL INICIO DE LA ATENCIÓN PRENATAL DE LAS GESTANTES ADOLESCENTES.

Para la descripción de datos hemos agrupado estos Factores en seis segmentos: Factor familiar, Factor pareja, Factor educacional, Factor socioeconómico, Factor psicológico y Factor institucional, que se describen a continuación.

1. FACTOR FAMILIAR:

TABLA Nº 2.- CARACTERÍSTICAS DEL NÚCLEO FAMILIAR DE LA GESTANTE ADOLESCENTE Y SU INFLUENCIA EN EL INICIO DE LA APN.

	Trimestre I		Trimestre II		Trimestre III		Total	%
	n	%	n	%	n	%		
Antecedente Embarazo Adolescente:								
Madre y/o Hermana	49	43.7	34	43	9	60	92	44,7
Ninguno	63	56.3	45	57	6	40	114	55,3
Estado civil de los padres:								
Casados	42	37.5	37	46.8	6	40	85	41,3
Convivientes	22	19.6	10	12.7	0	0	32	15,5
Separados	39	34.8	27	34.2	8	53.3	74	35,9
Viudos	9	8.1	5	6.3	1	6.7	15	7,3
Escolaridad de mamá:								
Primaria incompleta	3	2.7	4	5.1	1	6.7	8	3,9
Primaria completa	9	8.0	6	7.6	2	13.3	17	8,3
Secundaria incompleta	11	9.8	8	10.1	2	13.3	21	10,2
Secundaria completa	58	51.8	41	51.9	5	33.4	104	50,5
Superior técnico	19	17.0	14	17.7	2	13.3	35	16,9
Superior universitario	12	10.7	6	7.6	3	20.0	21	10,2
Escolaridad de papá:								
Primaria incompleta	1	0.9	3	3.8	1	6.7	5	2,4
Primaria completa	8	7.1	5	6.3	1	6.7	14	6,8
Secundaria incompleta	8	7.1	2	2.5	1	6.7	11	5,3
Secundaria completa	68	60.7	47	59.5	5	33.3	120	58,3
Superior técnico	18	16.1	12	15.2	4	26.6	34	16,5
Superior universitario	9	8.1	10	12.7	3	20.0	22	10,7
Total	112	100%	79	100%	15	100%	206	100

En la Tabla N° 2, se describe las características del núcleo familiar de la gestante adolescente; encontrándose que un 55.3% de la muestra no tenía antecedente de embarazo adolescente por parte de su madre y/o su hermana. Con respecto al estado civil de los padres de la gestante adolescente el predominio fue de padres casados y separados 41,3% y 35,9% respectivamente; aquellas que tuvieron inicio de la APN durante el I y II Trimestre en su mayoría procedían de hogares con padres casados, y de las que tuvieron una atención prenatal durante el III Trimestre un 53.3% procedían de hogares con padres separados (Tabla N° 2).

En cuanto a la escolaridad de los padres (mamá y papá de la gestante adolescente), se observó mayor frecuencia del nivel secundaria completa en la madre y padre de la adolescente, en un 50.5% y 58.3% respectivamente. Tanto las que iniciaron su APN durante el I, II y III trimestre tuvieron padres en su mayoría con nivel de instrucción secundaria completa (Tabla N° 2).

TABLA Nº 3.- CARACTERÍSTICAS DEL AMBIENTE FAMILIAR DE LA GESTANTE ADOLESCENTE Y SU INFLUENCIA EN EL INICIO DE LA APN.

	Trimestre I		Trimestre II		Trimestre III		Total	%
	n	%	n	%	n	%		
Gestante vive actualmente con:								
Con mis padres	23	20.5	18	22.8	4	26.7	45	21,8
Con mis padres + pareja.	11	9.8	2	2.5	0	0	13	6,3
Solo vivo con mi mamá.	10	8.9	24	30.4	5	33.3	39	18,9
Solo vivo con mi papá.	4	3.6	2	2.5	0	0	6	2,9
Con mis suegros + pareja.	27	24.1	4	5.1	0	0	31	15,1
Con mi pareja.	29	25.9	21	26.6	2	13.3	52	25,2
Otros.	8	7.2	8	10.1	4	26.7	20	9,8
Violencia en el hogar								
Casi siempre	4	3.6	0	0	0	0	4	1,9
A veces	7	6.2	6	7.6	1	6.7	14	6,8
Pocas veces	29	25.9	25	31.6	6	40.0	60	29,1
Casi nunca	72	64.3	48	60.8	8	53.3	128	62,2
Comunicación con los padres								
Siempre	11	9.8	1	1.3	0	0	12	5,9
Casi siempre	58	51.8	54	68.4	8	53.3	120	58,3
A veces	36	32.1	21	26.6	5	33.3	62	30,1
Pocas veces	6	5.4	2	2.5	1	6.7	9	4,3
Casi nunca	1	0.9	1	1.2	1	6.7	3	1,4
Confianza hacia los padres								
Siempre	11	9.8	4	5.1	1	6.7	16	7,8
Casi siempre	56	50.0	49	62.0	6	40.0	111	53,9
A veces	36	32.1	20	25.3	5	33.3	61	29,6
Pocas veces	4	3.6	6	7.6	2	13.3	12	5,8
Casi nunca	5	4.5	0	0	1	6.7	6	2,9
Actualmente tus padres se preocupan por la salud de tu embarazo:								
- Si	105	93.8	77	97.5	14	93.3	196	95,2
- No	2	1.8	2	2.5	1	6.7	5	2,4
- No saben que estoy embarazada	5	4.4	0	0	0	0	5	2,4
Total	112	100%	79	100%	15	100%	206	100

En relación a las características del hogar; se encontró que un 25.2% de la muestra vivía con su pareja y un 21.8% con sus padres; observándose que el 25.9% de las que tuvieron inicio temprano de la APN vivían con su pareja y que las que tuvieron inicio de atención prenatal durante el II y III trimestre frecuentemente vivían sólo con su madre en un 30.4% y 33.3% respectivamente.

En cuanto a la Violencia en el hogar, un 62.2% manifestó que no había violencia en su hogar. Siendo frecuente la ausencia de violencia en el hogar en los tres grupos tanto para las que iniciaron su atención de embarazo durante el I, II y III Trimestre.

En lo que respecta a las características del ambiente familiar, un 58,3% de las gestantes adolescentes dijeron tener una comunicación bien frecuente con sus padres y un 53,9% respondieron tener casi siempre confianza hacia ellos para referir sus problemas y vivencias. En relación a su influencia en el inicio de la APN, se halló la predominancia de la frecuente comunicación y la buena confianza con los padres en los tres grupos tanto para las que iniciaron su atención de embarazo durante el I, II y III trimestre.

Asimismo 95.2% de las gestantes adolescentes dijo que sus padres se preocupaban por la salud de su actual embarazo, la preocupación de los padres por la gestación fue frecuente en los tres grupos tanto para las que iniciaron su APN durante el I, II y III trimestre, en un 93.8%, 97.5% y 93.3% respectivamente. Así también un 4.4% de las gestantes que iniciaron tempranamente su atención prenatal no contaban con la preocupación de sus padres por el embarazo pues hasta ese momento ellos no sabían nada sobre su gestación (TABLA N° 3).

TABLA Nº 4.- ACOMPAÑANTE A LA PRIMERA ATENCIÓN PRENATAL Y SU INFLUENCIA EN EL INICIO DE LA APN.

Acompañante a la primera APN:	Trimestre I		Trimestre II		Trimestre III		Total	%
	n	%	n	%	n	%		
- Pareja	53	47.3	23	29.1	3	20.0	79	38,3
- Madre	26	23.2	26	33.0	2	13.3	54	26,2
- Otra persona	25	22.3	25	31.6	8	53.4	58	28,2
- Vino sola	8	7.2	5	6.3	2	13.3	15	7,3
Total	112	100%	79	100%	15	100%	206	100

La Tabla Nº 4, muestra al acompañante a la primera APN y su influencia en el inicio de la APN, encontrándose con mayor frecuencia que la pareja fue el acompañante en un 38,3% de los casos.

Al relacionar el inicio temprano de la Atención Prenatal y el acompañante a la primera consulta de embarazo se halló que el Inicio Temprano se da con más frecuencia cuando la pareja es quien acompaña a la primera APN encontrándose que el 47.3% de las que tuvieron un inicio temprano fueron acompañadas por su pareja.

Por otra parte las que vinieron a su primera APN durante el II trimestre fueron más frecuentemente acompañadas por sus madres en un 33% y las que acudieron a la APN de manera tardía durante el III trimestre fueron acompañadas en un 53.4% por otra persona que no era ni la madre ni la pareja (Tabla Nº 4).

2. FACTOR PAREJA.-

TABLA N° 5.- ESTADO CIVIL Y SU INFLUENCIA EN EL INICIO DE LA APN.

Estado Civil:	Trimestre I		Trimestre II		Trimestre III		Total	%
	n	%	n	%	n	%		
- Casada	10	8.9	2	2.5	0	0	12	5,8
- Conviviente	59	52.7	24	30.4	2	13.3	85	41,3
- Soltera	43	38.4	53	67.1	13	86.7	109	52,9
Total	112	100%	79	100%	15	100%	206	100

En cuanto al estado civil de las gestantes adolescentes; se halló predominio del estado civil soltera en un 52,9%, estado civil conviviente un 41,3% y sólo un 5,8% tenían estado civil de casadas.

Al asociar el estado civil con el inicio de la APN, se halló la influencia de la *variable conviviente y la variable casada* en el inicio temprano de la APN, observándose que 61.6% de las que tuvieron inicio temprano eran convivientes y casadas en un 52.7% y 8.9% respectivamente; a su vez la *variable soltera* fue más frecuente en las gestantes que acudieron durante el II Trimestre (67.1%) y casi la totalidad de gestantes que acudieron a su primera APN durante el III Trimestre tenían el estado civil de soltera (86.7%), (TABLA N° 5)

TABLA Nº 6.- CARACTERÍSTICAS DE LA PAREJA DE LA GESTANTE ADOLESCENTE Y SU INFLUENCIA EN EL INICIO DE LA APN.

	Trimestre I		Trimestre II		Trimestre III		Total	%
	n	%	n	%	n	%		
Edad de la pareja								
Menor de 20 años	27	24.1	32	40.5	8	53.4	67	32,5
De 20 a 25 años	53	47.3	37	46.8	5	33.3	95	46,1
De 26 a 30 años	21	18.8	8	10.2	2	13.3	31	15,1
Más de 30años	11	9.8	2	2.5	0	0	13	6,3
Escolaridad de la pareja								
Primaria completa	1	0.9	2	2.5	0	0	3	1,5
Secundaria incompleta	8	7.1	12	15.2	3	20.0	23	11,2
Secundaria completa	53	47.3	42	53.2	8	53.3	103	50.0
Superior técnico y/o univ.	50	44.7	23	29.1	4	26.7	77	37.3
Ocupación de la pareja								
Trabaja	85	75.9	56	70.8	9	60.0	150	72,8
Estudia	11	9.8	11	14.0	3	20.0	25	12,1
Estudia y trabaja	13	11.6	6	7.6	2	13.3	21	10,2
Sin ocupación	3	2.7	6	7.6	1	6.7	10	4,9
Total	112	100%	79	100%	15	100%	206	100

En cuanto a las características de la pareja de la gestante adolescente, se encontró mayor frecuencia de parejas de 20 a 25 años en un 46,1% y parejas menores de 20 años un 32,5%. Asimismo se halló que las gestantes que iniciaron su APN durante el I y II trimestre tuvieron con más frecuencia parejas de 20 a 25 años, 47.3% y 46.8% respectivamente. Y aquellas que iniciaron su APN durante el Tercer trimestre en más de la mitad de los casos tuvieron parejas menores de 20 años en un 53.4%. En relación a la variable escolaridad de la pareja, se encontró que el 50% tenía nivel secundaria completa, y un 37,3% nivel superior (técnico y/o universitario). En cuanto a la relación entre el inicio de la APN y la escolaridad de la pareja, se

observó que el 92% de los casos de inicio temprano de APN fueron en aquellos en que la pareja tenía escolaridad de nivel secundaria completa y nivel superior técnica y/o universitaria en un 47.3% y 44.7% respectivamente. Asimismo un 72.8% de las parejas tenían como ocupación el trabajo y un 12.1% el estudio (TABLA N° 6).

TABLA N° 7.- CARACTERÍSTICAS DE LA RELACION DE PAREJA Y SU INFLUENCIA EN EL INICIO DE LA APN.

	Trimestre I		Trimestre II		Trimestre III		Total	%
	n	%	n	%	n	%		
Relación de pareja								
Buena	95	84.8	68	86.1	10	66.7	173	83,9
Regular	14	12.5	6	7.6	2	13.3	22	10,7
Ya no lo veo	3	2.7	5	6.3	3	20.0	11	5,4
Tiempo de relación de pareja:								
Menos de 1 año	15	13.4	7	8.9	1	6.7	23	11,2
De 1 a 3 años	76	67.9	63	79.7	11	73.3	150	72,8
Más de 3 años	21	18.7	9	11.4	3	20.0	33	16,0
Actitud de la pareja ante la gestación:								
Aceptación	107	95.5	73	92.4	12	80.0	192	93,2
Rechazo	5	4.5	5	6.3	2	13.3	12	5,8
No sabe aun	0	0	1	1.3	1	6.7	2	1,0
Apoyo afectivo de la pareja:								
Si	108	96.4	69	87.3	12	80.0	189	91,8
No	4	3.6	10	12.7	3	20.0	17	8,2
Total	112	100%	79	100%	15	100%	206	100

En cuanto a la relación de pareja; un 83,9% de las gestantes adolescentes dijeron tener una muy buena relación de pareja, un 10.7% una relación regular y un 5.4% ya no veía a su pareja. En cuanto a su influencia al inicio temprano de la APN se encontró que un 84.8% de que las iniciaron tempranamente su APN tenían buena relación de pareja, cabe resaltar que el 20% de las que iniciaron durante el III Trimestre su APN ya no veían a su pareja.

Igualmente un 72,8% de las gestantes adolescentes manifestaron tener una relación de pareja de 1 a 3 años. Así también las gestantes que tuvieron relación de pareja de más de 3 años en su mayoría acudieron durante el I Trimestre a su control (21 casos) (TABLA N° 7).

Se observó que un 93,2% de las parejas tenían actitud de aceptación al embarazo, sólo un 5.8% de las parejas tuvo actitud de rechazo a la gestación. La aceptación al embarazo fue más alta en el grupo de las gestantes que tuvieron inicio temprano de la atención prenatal (95.5%), decreciendo en el grupo de las que iniciaron su APN tanto en el II y III Trimestre en un 92.4% y 80.0%.

El apoyo afectivo - emocional por parte de la pareja durante la gestación se dio en un 91,8%, el apoyo afectivo fue más alto en el grupo de las gestantes que tuvieron inicio temprano de la APN (96.4%), decreciendo en el grupo de las que iniciaron su APN tanto en el II y III Trimestre en un 87.3% y 80.0% (TABLA N° 7).

3. FACTOR EDUCACIONAL:

TABLA Nº 8.- ESCOLARIDAD DE LA GESTANTE ADOLESCENTE Y SU INFLUENCIA EN EL INICIO DE LA APN.

Escolaridad de la gestante:	Trimestre I		Trimestre II		Trimestre III		Total	%
	n	%	n	%	n	%		
Primaria incompleta	1	0.9	0	0	0	0	1	0,5
Primaria completa	2	1.8	0	0	0	0	2	0,9
Secundaria incompleta	24	21.4	27	34.2	7	46.7	58	28,2
Secundaria completa	48	42.9	37	46.8	5	33.3	90	43,7
Superior técnico y/o univ.	37	33.0	15	19.0	3	20.0	55	26.7
Total	112	100%	79	100%	15	100%	206	100

En este estudio las gestantes adolescentes tuvieron con mayor frecuencia el nivel de educación secundaria completa 43,7%; seguido de secundaria incompleta 28,2% y un 26,7% manifestó estar cursando estudios en el nivel superior tanto técnico como universitario.

Al relacionar la variable escolaridad de la gestante adolescente con el inicio de la APN; se observó la influencia de la escolaridad sobre el inicio temprano de la APN de la gestante adolescente, pues 75.9% de aquellas gestantes adolescentes que tenían inicio temprano tuvieron nivel escolar secundaria completa y nivel superior 42.9% y 33% respectivamente, observándose 48 y 37 casos correspondientemente. Así también nivel secundaria incompleta fue más frecuente en las que tuvieron inicio tardío de la APN durante el III trimestre en un 46.7% (TABLA Nº 8).

TABLA Nº 9.- CONOCIMIENTOS DE LA ADOLESCENTE SOBRE ATENCION PRENATAL Y SU INFLUENCIA EN EL INICIO DEL MISMO.

Conocimientos sobre APN:	Trimestre I		Trimestre II		Trimestre III		Total	%
	n	%	n	%	n	%		
Le hablaron antes sobre APN								
Si	61	54.5	25	31.6	7	46.7	93	45,1
Nunca	51	45.5	54	68.4	8	53.3	113	54,9
Conoce y/o sabe que es APN								
No sabe	49	43.8	47	59.5	6	40.0	102	49,5
Si sabe	63	56.2	32	40.5	9	60.0	104	50,5
Es importante la APN								
Si	103	92.0	70	88.6	11	73.3	184	89,3
No sabe	9	8.0	9	11.4	4	26.7	22	10,7
Total	112	100%	79	100%	15	100%	206	100

En lo que concierne al conocimiento sobre APN, en el presente estudio ante la pregunta (p 18) Sobre si le hablaron antes de su embarazo sobre la atención prenatal, ellas contestaron en su mayoría que nunca se les había comentado sobre ese tema en un 54,9%; en cuanto a su influencia en el inicio de la APN, se observó que aquellas que habían tenido un inicio precoz de la APN si se les había hablado antes de la gestación sobre la APN en un 54.5%, mientras que a las que iniciaron durante el II y III Trimestre no se les había hablado ni comentado antes de su embarazo sobre la APN en un 68.4% y 53.3% respectivamente.

De igual manera ante la pregunta (p 19) si podría *definir Atención Prenatal o sobre si sabe en que consiste este procedimiento*, las que pudieron responder en que consiste este procedimiento y comprender el tema fueron 50,5% del total de la muestra. En su asociación con el inicio temprano de la APN se observó que las

pacientes que contestaron si saber sobre el procedimiento de la APN tuvieron más casos de inicio temprano (56.2% = 63 casos); y las que iniciaron su atención prenatal durante el II Trimestre un 59.5% dijo no saber sobre que es la atención prenatal.

Asimismo un 89,3% consideró que realizarse la APN era muy importante para ellas, siendo importante la realización de la APN para el 92% de las gestantes que tuvieron inicio precoz, un 70% importante para las que iniciaron durante el II Trimestre y un 73.3% importante para las que iniciaron de manera tardía durante el III Trimestre (TABLA Nº 9).

4. FACTOR ECONÓMICO:

TABLA Nº 10.- CARACTERÍSTICAS ECONOMICAS DEL HOGAR DE LA GESTANTE ADOLESCENTE Y SU INFLUENCIA EN EL INICIO DE LA APN.

Características Económicas del Hogar:	Trimestre I		Trimestre II		Trimestre III		Total	%
	n	%	n	%	n	%		
Tipo de vivienda								
Casa independiente	56	50.0	32	40.5	8	53.4	96	46,6
Departamento alquilado	36	32.1	36	45.6	5	33.3	77	37,4
Vivienda en quinta	5	4.5	1	1.3	0	0	6	2,9
Vivienda colectiva	15	13.4	10	12.6	2	13.3	27	13,1
Servicios								
Agua y desagüe+ Luz	56	50.0	43	54.4	7	46.7	106	51,5
Agua +Luz +TV cable	42	37.5	26	32.9	6	40.0	74	35,9
Agua +Luz +TV cable +Internet	14	12.5	10	12.7	2	13.3	26	12,6
Ingreso mensual								
550 soles al mes	13	11.6	19	24.1	1	6.7	33	16
Entre 550 - 1000 al mes	66	59.0	43	54.4	12	80.0	121	58,7
Entre 1000 - 2000	32	28.5	17	21.5	2	13.3	51	24,8
2000 soles	1	0.9	0	0	0	0	1	0,5
Total	112	100%	79	100%	15	100%	206	100

El Tipo de vivienda de las gestantes adolescentes fue mayormente vivienda independiente en un 46,6%; seguido de un 37.4% que refirió vivir en departamento alquilado. Observándose que las que tuvieron inicio temprano de la APN en un 50% de los casos tuvo vivienda independiente y en el grupo de gestantes que iniciaron durante el II trimestre su APN se halló el predominio de la vivienda tipo departamento alquilado en un 45.6%. En lo que respecta a los *servicios básicos del hogar*, más de la mitad de la muestra refirió contar con servicios básicos de agua, desagüe y luz con un 51,5%. Observándose esta predominancia de servicios básicos en los tres grupos.

Y en referencia al *ingreso mensual del hogar*, un 58,7% de las gestantes refirió que su hogar tenía ingresos entre los 550 y 1000 soles al mes; sólo 16% de las gestantes refirió tener ingresos menores a 550 soles mensuales. En cuanto a su influencia al inicio temprano de la APN, se halló que el 59% de las que tuvieron inicio temprano tenían ingresos mensuales de 550 y 1000 soles, seguido de un 28.5% que dijo tener ingresos entre 1000 – 2000 soles (TABLA N° 10).

TABLA N° 11.- ASPECTOS ECONOMICOS DE LA GESTANTE ADOLESCENTE Y SU INFLUENCIA EN EL INICIO DE LA APN.

Aspectos económicos de la gestante adolescente:	Trimestre I		Trimestre II		Trimestre III		Total	%
	n	%	n	%	n	%		
Ocupación actual de la gestante								
Estudiante	22	19.6	20	25.3	7	46.7	49	23,8
Ama de casa	76	67.9	53	67.1	8	53.3	137	66,5
Trabajo	12	10.7	4	5.1	0	0	16	7,8
Trabaja y Estudia	2	1.8	2	2.5	0	0	4	1,9
Apoyo económico:								
Apoyo de Padres	9	8.0	18	22.8	3	20.0	30	14,6
Apoyo sólo de Pareja	40	35.7	16	20.3	3	20.0	59	28,6
Apoyo de Padres + Pareja	63	56.3	43	54.4	9	60.0	115	55,8
Otros	0	0	2	2.5	0	0	2	1
Tiene SIS								
Si	31	27.7	42	53.2	2	13.3	75	36,4
No	81	72.3	37	46.8	13	86.7	131	63,6
Cree que su economía es suficiente:								
Si	84	75.0	45	57.0	10	66.7	139	67,5
No	28	25.0	34	43.0	5	33.3	67	32,5
Total	112	100%	79	100%	15	100%	206	100

66.5% de las gestantes adolescentes tenían como ocupación *ama de casa*, un 23.8% dijo ser estudiante, y sólo un 7.8% dijo estar trabajando.

La ocupación *ama de casa* fue predominante en el grupo de las que tuvieron inicio temprano de la APN (I Trimestre) con un 67.9%, seguido de las que dijeron ser

estudiantes un 19.6% y las que dijeron estar trabajando un 10.7%. Asimismo la ocupación *ama de casa* predominó en los grupos que tuvieron inicio de la APN tanto durante el II y III trimestre, en un 67% y 53.3% respectivamente.

Así también más de la mitad de las pacientes (55,8%) contó con el *apoyo económico de sus padres y parejas*. Hallándose la influencia del *apoyo económico de los padres y parejas* en el inicio temprano de la APN, pues un 56.3% de las que iniciaron tempranamente su APN tuvieron *apoyo económico tanto de sus padres como de parejas* al mismo tiempo.

En cuanto a la posesión del SIS, se encontró que un 63.6% de la muestra no contaba con el SIS. Asimismo fue frecuente que las gestantes que tuvieron inicio temprano de la APN NO contaran con el SIS, pues un 72.3% de ellas no tenían el apoyo del SIS. De manera contraria el grupo que inicio su APN durante el II Trimestre dijo SI contar con el SIS en un 53.2%.

Y ante la pregunta (p 29) sobre si *Ud. Cree que su economía es suficiente para sus gastos del embarazo*; el 67,5% de la muestra contestaron que Si contaban con los medios económicos adecuados. (TABLA N° 11).

5. FACTOR PSICOLÓGICO Y SU INFLUENCIA EN EL INICIO DE LA ATENCIÓN PRENATAL.

TABLA Nº 12.- VARIABLES PSICOLOGICAS Y SU INFLUENCIA EN EL INICIO DE LA APN.

Variables Psicológicas:	Trimestre I		Trimestre II		Trimestre III		Total	%
	n	%	n	%	n	%		
Embarazo deseado:								
Si	29	25.9	6	7.6	0	0	35	17
No	83	74.1	73	92.4	15	100	171	83
Al inicio tuvo ideas de aborto y/o dudó en continuar la gestación:								
Si	13	11.6	22	27.8	7	46.7	42	20,4
No	99	88.4	57	72.2	8	53.3	164	79,6
Total	112	100%	79	100%	15	100%	206	100

La frecuencia de *embarazos no deseados* en nuestra muestra de estudio fue de 83%. En cuanto a la influencia del *embarazo no deseado* en el inicio de la atención prenatal; se observó que el 100% de las gestantes que iniciaron tardíamente durante el III Trimestre su APN tuvieron embarazos no deseados (15 casos). De igual manera 92.4% de las que iniciaron su APN durante el II Trimestre dijeron no haber deseado su embarazo actual, finalmente el embarazo no deseado se dio en el 74.1% de las que iniciaron tempranamente su APN. Hallándose en la muestra sólo (35 casos) de embarazos deseados; de los cuales (29 casos) tuvieron el inicio temprano de la APN. Asimismo 79.6% de la muestra dijo no dudar en continuar su gestación y que nunca pensaron en abortar. Y aproximadamente 20,4% dijeron que al enterarse sobre el embarazo si habían pensado en abortar pero desertaron en hacerlo. Hallándose que el 88.4% de las que tuvieron inicio temprano no dudaron en continuar su gestación de manera contraria se observó que un 46.7% de las que

iniciaron tardíamente su APN si dudaron en continuar su gestación y que si pensaron en abortar en un inicio del embarazo (7 casos) (TABLA N° 12).

TABLA N° 13.- VARIABLES PSICOLOGICAS DE LA GESTANTE ADOLESCENTE Y SU INFLUENCIA EN EL INICIO DE LA APN.

Variables psicológicas:	Trimestre I		Trimestre II		Trimestre III		Total	%
	n	%	n	%	n	%		
Temor para informar a los padres sobre el embarazo:								
Si	79	70.5	74	93.7	14	93.3	167	81,1
No	33	29.5	5	6.3	1	6.7	39	18,9
Momento en que decide contar a su familia sobre el embarazo:								
<i>Todavía no saben</i>	4	3.6	1	1.3	0	0	5	2,4
<i>Al 1er mes</i>	22	19.6	7	8.9	0	0	29	14,1
<i>Al 2do mes</i>	59	52.7	12	15.2	1	6.7	72	35,0
<i>Al 3er mes</i>	20	17.9	17	21.5	0	0	37	18,0
<i>4to mes</i>	5	4.4	21	26.5	0	0	26	12,6
<i>5to mes</i>	1	0.9	14	17.7	6	40.0	21	10,2
<i>6to mes</i>	1	0.9	5	6.3	5	33.3	11	5,3
<i>7mo mes</i>	0	0	1	1.3	3	20.0	4	1,9
<i>8vo mes</i>	0	0	1	1.3	0	0	1	0,5
Total	112	100%	79	100%	15	100%	206	100

Ante la pregunta (p 33), sobre si tuvieron **temor de informar sobre su embarazo a los padres**, se encontró que un 81% manifestó tener mucho temor al informar a sus padres sobre su embarazo. El *temor de informar sobre su embarazo a los padres* fue frecuente en los tres grupos de inicio de la APN, 70.5%, 93.7% y 93.3% respectivamente; siendo más alto en las gestantes que tuvieron inicio tardío, encontrándose que el 93.7% y el 93.3% de las que tuvieron inicio tardío tanto durante el II y III trimestre tuvieron a su vez mucho temor para informar a los familiares.

De igual manera ante la pregunta (p 34), sobre el ***momento en que decide contar a sus familiares sobre el embarazo***, fue más frecuente que informaran a los padres en el segundo mes de embarazo en un 35% de los casos.

Asimismo se encontró que el (52.7%) de las que iniciaron tempranamente su APN informaron a sus familiares sobre su gestación durante el 2do mes. De manera diferente se dio en aquellas gestantes que tuvieron inicio de la APN durante el II Trimestre pues el 26.5% de ellas dijo que informó a sus familiares sobre su embarazo recién durante el 4to mes de embarazo; y finalmente se encontró que la mayor parte de los casos de inicio tardío (III Trimestre) informó a sus familiares recién en el 5to mes y 6to mes de gestación (40%) y (33.3%) respectivamente (TABLA N° 13).

6. FACTOR INSTITUCIONAL.-

TABLA N° 14.- LIMITANTES DE ACCESO AL SERVICIO DE SALUD Y SU INFLUENCIA EN EL INICIO DE LA APN.

Factor institucional:	Trimestre I		Trimestre II		Trimestre III		Total	%
	n	%	n	%	n	%		
Limitante de acceso:								
-No saber a donde ir.	2	1.8	5	6.3	2	13.3	9	4,4
-Falta de tiempo.	16	14.2	13	16.5	1	6.7	30	14,6
-Problemas económicos.	5	4.5	12	15.2	6	40.0	23	11,2
-Distancia al establecimiento.	2	1.8	0	0	0	0	2	0,9
-No querer ir sola.	5	4.5	17	21.5	6	40.0	28	13,6
-Falta de personal de salud femenino.	0	0	5	6.3	0	0	5	2,4
-No tuvo problema de acceso.	82	73.2	27	34.2	0	0	109	52,9
Total	112	100	79	100	15	100	206	100

En cuanto a la pregunta (p 35) *sobre si tuvieron algún problema de acceso o alguna limitante de tipo institucional* para poder empezar el control del embarazo, 52.9% de la muestra contestó no haber tenido ningún problema para el acceso al hospital.

El 47.1% restante de las gestantes dijo que *Si tuvo alguna dificultad de acceso*, siendo las más frecuentes: la falta de tiempo (14.6%), el no querer ir sola en un 13.6%, y 11.2% dijo que los problemas económicos fue su dificultad para no acceder a tiempo a la consulta.

Fue frecuente que las gestantes de los dos primeros grupos tanto las que iniciaron durante el I y II trimestre no tuvieran limitante de acceso en un 73.2% y 34.2% respectivamente; mientras que aquellas gestantes que iniciaron de manera tardía su atención de embarazo durante el III trimestre si tuvieran en 100% de los casos dificultad o alguna limitante de acceso, observándose que el 80% tuvo problemas de acceso, siendo problemas de **tipo económicos** y el **temor o no querer venir sola** al establecimiento en un 40% y 40% respectivamente.

III. CARACTERÍSTICAS DE LA GESTANTE ADOLESCENTE QUE INICIA TEMPRANAMENTE SU ATENCIÓN PRENATAL.

De las 206 gestantes adolescentes entrevistadas, 112 fueron las que tuvieron inicio temprano de la APN, conformando el 54,4% de la muestra (Tabla N° 1), a continuación se describe las características generales de los 112 casos que tuvieron inicio temprano de APN (I Trimestre). Para los resultados siguientes hemos considerado a 112 como el 100%.

Se observó que 42.9% de las que iniciaron tempranamente su atención prenatal tenían 19 años y que la mayor parte procedía del distrito de San Miguel (18.8%) y San Martin De Porres con un 11.6% (TABLA N° 15).

TABLA N° 15.- CARACTERISTICAS GENERALES DE LAS GESTANTES QUE TUVIERON INICIO TEMPRANO DE LA APN.

EDAD		RESIDENCIA ACTUAL	
	%		%
19 años	48 (42,9 %)	San Miguel	21 (18,8%)
18 años	28 (25%)	San Martin de Porres	13 (11,6%)
17 años	21(18,7%)	S.J.L.	11 (9,8%)
16 años	11 (9,8%)	Lince	10 (8,9%)
15 años	2 (1,8%)	Pueblo Libre	8 (7,1%)
14 años	2 (1,8%)	Jesús María	6 (5,4%)
		Otros	43 (38,4%)
Total = 112 pacientes (100%)		(112 pacientes) 100%	

**TABLA N° 16.- CARACTERISTICAS DE LAS GESTANTES ADOLESCENTES
QUE TUVIERON INICIO TEMPRANO DE LA APN.**

FACTORES DE NÚCLEO FAMILIAR	
Gestante vive con: (50%) vive sólo con pareja (29 casos) y/o pareja + suegros (27 casos)	
Estado civil de padres: (37,5%, n=42) padres casados	
Comunicación con los padres: (61,6 %, n=69) siempre y/o casi siempre	
Confianza hacia los padres: (59,8%, n=67) siempre y/o casi siempre	
Preocupación de los padres por la salud del embarazo: Si hay preocupación (93.8%, n=105)	
Acompañante a la primera Consulta prenatal: la pareja como acompañante (47,3%, n=53)	
FACTOR PAREJA	
Estado Civil: gestante adolescente Conviviente (52,7%, n=59)	
Relación de pareja: Buena relación de pareja (84,8%, n=95)	
Escolaridad de la pareja: Nivel secundaria completa y nivel superior (92%, n=103)	
Actitud de la pareja al embarazo: Aceptación (95,5%, n=107)	
Tiempo de relación de pareja: De 1 a 3 años (67,9%, n=76)	
FACTOR EDUCACIONAL	
Escolaridad de la gestante: Nivel secundaria completa y nivel superior (75,9%, n=85)	
Le hablaron antes sobre Atención Prenatal: Si (54.5%, n=61)	
Sabe qué es Atención Prenatal: Si sabe (56.2%, n=63)	
FACTOR ECONÓMICO	
Ingreso mensual: De 550 – 1000 al mes (59%, n=66)	
Apoyo económico: Apoyo económico de Padres + Pareja (56,3%, n=63)	
FACTOR PSICOLÓGICO	
Embarazo deseado: embarazo no deseado (74,1%, n=83)	
Temor para informar a los padres sobre el embarazo: Si (70,5%)	
Momento que decide contar a su familia sobre la gestación: 2do mes (52,7%, n=59)	
Tuvo ideas de aborto y/o dudó en continuar la gestación: No tuvo ideas de aborto (88,4%, n= 99)	
FACTOR INSTITUCIONAL	
Limitante de acceso: No tuvo problema de acceso (73,2%, n=82)	
TOTAL	112 PACIENTES

En cuanto a las características de las gestantes adolescentes que tuvieron inicio temprano de la APN, en relación al **factor familiar**, se observó que el 50% vivía con la pareja. Los padres de estas gestantes adolescentes en su mayoría fueron casados con un 37.5%, asimismo 61.6% refirió tener buena comunicación con sus padres y 59.8% manifestó tener buena confianza hacia los padres. El acompañante a la primera atención del embarazo fue con mayor frecuencia la pareja con 47.3%.

Dentro del **factor pareja**, se observó con predominancia el estado civil conviviente 52.7%, una buena relación de pareja 84.8%, la escolaridad de pareja de nivel secundaria completa a nivel superior en 91.9%, la actitud de la pareja hacia la gestación fue de aceptación en 95.5% de los casos, y el tiempo de relación más frecuente fue de 1 a 3 años con un 67.9%. Asimismo en lo **educacional**, lo determinante fue el nivel de escolaridad de la gestante 75.9% tuvo nivel secundaria completa y nivel superior, un 54.5% refirió haber escuchado antes del embarazo sobre la atención prenatal, un 56.2% expresó conocer y saber acerca de la Atención Prenatal.

Factor económico; el apoyo económico de padres y pareja en 56.3%, y el ingreso económico más frecuente fue de 550 a 1000 soles al mes con un 58.9%. En lo que respecta al **factor psicológico**; 74.1%, fue embarazo no deseado, el Temor de informar a los padres sobre la gestación se mostró en el 70.5% de los casos, el momento en el que deciden contar a la familia sobre la gestación influyó en el inicio de la atención prenatal, siendo frecuente informar a los padres durante el 2do mes de gestación con un 52.7%. El 88.4% no tuvo la idea de aborto ni dudas para continuar la gestación. Finalmente en cuanto al **factor institucional** se halló que 73.2% no tuvo problema de acceso y que el 33.9% fue alentada por su madre para el inicio temprano de atención prenatal (TABLA N° 16).

DISCUSION

La adecuada Atención Prenatal permite a la gestante adolescente lograr la obtención de mejores resultados maternos y perinatales, esto se expresa en menores tasas de complicaciones, por lo que es justificable una atención prenatal precoz, continua y de calidad ^{(14) (15)}.

En el estudio actual se halló predominio del ***inicio temprano de la Atención Prenatal*** en un 54,4% (Tabla N° 1); ello difiere con la literatura revisada, pues la literatura muestra que la población de gestantes adolescentes es el sector que más tardíamente acude en busca de una atención por el personal de salud a comparación de las adultas ^{(1) (25) (40)}, asimismo el inicio tardío de la APN generaría problemas de escaso cuidado materno y altas tasas de mortalidad ^{(13) (27) (28)}. Este predominio de atención precoz por parte de las adolescentes permite que se cumpla lo ideal para la prevención de la morbilidad materna y perinatal.

Así también se halló que el 45,6% restante, acudió después del tercer mes de gestación; acudiendo un 38,3% de las gestantes en el II Trimestre y un 7,3% durante el III Trimestre (Tabla N° 1). Debiendo motivarse la importancia de una atención prenatal precoz al sector de adolescentes embarazadas para erradicar los inicios tardíos a la atención prenatal que de por sí son situación de riesgo para la evolución del embarazo.

Asimismo las publicaciones revisadas señalan que el inicio de la Atención Prenatal se ve influenciado por diversos factores, a su vez estos factores pueden actuar como predisponente al acceso o pueden actuar como obstaculizadores de la búsqueda de atención de embarazo. Este estudio clasificó en 6 grupos a los factores influyentes del inicio de la atención prenatal: Factores de familia, Factor

pareja, Factor de educacional, Factor socioeconómico, Factor psicológico y Factor institucional ^{(1) (2) (12) (23) (25) (36) (37)}.

En cuanto a los factores de **entorno familiar**, las investigaciones reportan que el apoyo familiar es un elemento fundamental para las decisiones que tomen las adolescentes frente a su problema de embarazo, asimismo la literatura muestra que la falta de confianza y pobre comunicación con los padres han sido relacionados con la falta de atención prenatal y la alta incidencia de abortos en adolescentes ^{(12) (13)}. De igual manera este estudio indagó sobre la confianza y comunicación entre padres y adolescentes hallándose que un 58,3% de las adolescentes dijeron tener una comunicación bien frecuente con sus padres, y un 53,9% dijo tener casi siempre Confianza hacia los padres para conversar sobre sus vivencias ⁽²⁸⁾. Asimismo 95.2% de las gestantes dijo que sus padres mostraban preocupación por la salud de su embarazo actual. Este dato fue importante pues reflejó la existencia de una buena relación de las gestantes con sus padres, esto corrobora lo que dice la literatura pues esta manifiesta que el buen entorno familiar y la buena comunicación y confianza con los padres actuarían como factores protectores para el cuidado del embarazo, pues también diversos estudios han relacionado el alto nivel de confianza con los padres como protectores contra el aborto en adolescentes ⁽²⁸⁾ (TABLA N° 3).

Algunos autores mostraron que la violencia en el hogar estaría relacionada directamente a la dificultad de acceso a la atención prenatal pudiendo así darse el inicio tardío del mismo ⁽³⁵⁾. En nuestra muestra no hubo relación precisa entre el inicio tardío y la violencia en el hogar, pues 62,2% contestaron que casi nunca hubo violencia en su hogar; sólo fueron 4 casos los que reportaron violencia

frecuente en su hogar y estos a su vez tuvieron un inicio temprano de la atención prenatal durante el I trimestre (TABLA N° 3).

Con respecto al estado civil de los padres de la gestante adolescente el predominio fue de padres casados 41,3%, esto refleja que la mayor parte de gestantes adolescentes provenían de familia tipo nuclear. La literatura muestra que el hogar nuclear constituido por ambos padres son promovedores del bienestar familiar favoreciendo su protección ante eventos negativos de la vida como el embarazo no deseado, en este caso se halló que el 37.5% de las gestantes que acudieron tempranamente a su APN procedían de hogares con padres casados y un 53.3% de aquellas que tuvieron inicio tardío durante el III Trimestre en su mayoría procedían de hogares disfuncionales (TABLA N° 2).

Asimismo fue más frecuente en un 38,3% que la pareja acompañe a su pareja a la primera APN, y la madre en segundo lugar (26,2%) fue la que con mayor frecuencia acompaña a la gestante adolescente, lo que muestra que la participación activa de la familia en este caso la pareja y la madre de la adolescente, conformarían el componente más efectivo para la protección de la salud de la mujer y su hijo, pues la participación de los familiares en el acompañamiento a la gestante a la primera Atención del embarazo refleja una relación estrecha con la adolescente gestante, mostrándose así la alta influencia de la pareja y la madre de la adolescente al momento en que esta decide ir a la atención prenatal^{(2) (28)} Así también se vio que un 47.3% de las que iniciaron tempranamente su APN fueron en primera instancia acompañadas por su pareja, esto significa que el apoyo y acompañamiento de la pareja ejerce mayor influencia positiva ante el cuidado y búsqueda de atención prenatal (Tabla N° 4). Esto refleja también que la participación del varón en la atención prenatal actuaría como determinante para el

acceso a la atención del embarazo, por ello sería resaltante facilitar la introducción del varón en la APN.

En cuanto al **factor pareja**, en nuestro estudio se encontró que una gran parte de gestantes adolescentes eran solteras 52,9%, se observó influencia de la *variable soltera* en el *inicio tardío de la APN*, pues un 86.7% de las gestantes que acudieron durante el III Trimestre fueron solteras (13 casos); por lo contrario las que tenían la condición de ser *conviviente y casada* tuvieron mas frecuencia de tener inicio temprano de atención prenatal durante el *I trimestre* con 52.7% y 8.9% respectivamente (TABLA N° 5), esto concuerda con los estudios revisados pues estos asocian el *estado civil de soltera* con la privación social y/o afectiva lo que genera a su vez la deficiencia del cuidado prenatal y la alta morbilidad materna. ⁽²⁸⁾

Pudiendo decir así que el tipo de relación conyugal influye en la decisión de inicio para acudir o no tempranamente a la atención de embarazo, reafirmando así que la participación del varón en la atención prenatal actúa como determinante para el inicio de la atención del embarazo adolescente, pues generalmente es él quien se entera primero de la gestación por ende el primero en estar presente en la toma de decisiones de la gestante adolescente de acudir o no a la atención prenatal, por lo que una medida sería, motivar la participación del varón en la atención prenatal⁽³⁷⁾.

Así también en este estudio se halló que el nivel de escolaridad de la pareja fue secundaria completa en un 50%, y nivel superior un 37,3% (entre nivel técnico y universitario). De esta manera hallamos relación con el inicio temprano pues se dieron más casos de inicio temprano de atención del embarazo cuando la pareja tenía escolaridad de nivel secundaria completa y nivel superior, en un 47.3%

y 44.7% respectivamente. Esto concuerda con la literatura revisada pues esta refiere que la participación del varón en el ámbito de la consulta médica aumenta con el estrato social y el nivel educativo⁽³⁷⁾ (TABLA N° 6).

La buena relación de pareja es favorable para que la adolescente inicie su atención lo mas precoz posible, 83,9% contestó tener una buena relación de pareja así también los estudios muestran que la buena relación de pareja es un factor protector para acudir a la atención del embarazo, de esta manera se concluye al igual que otros trabajos, que el estado civil y la buena relación con la pareja son factores protectoras ante el cuidado materno⁽²⁸⁾, pues se halló que el 84.8% de los casos de inicio temprano tenían buena relación de pareja (TABLA N° 7).

En cuanto al **Factor educacional**, los estudios revisados refieren que la educación de la gestante adolescente un factor protector ante los cuidados y acciones que toma ante su salud; siendo así el factor educativo un factor protector hacia el adecuado cuidado que tomen frente a su embarazo⁽³⁹⁾. Así en nuestro estudio se halló mayor frecuencia del nivel de educación secundaria completa 43,7%; y el nivel superior un 26,7%; al hacerse la relación la variable escolaridad de la adolescente con el momento en que inició la atención de su embarazo, se pudo confirmar la influencia del nivel educativo en el momento en que esta adolescente acude a su primer control, encontrándose que aquellas que tenían nivel escolar secundaria completa y nivel superior tuvieron más casos de inicio temprano de la atención prenatal (42.9% y 33%), a su vez las que tuvieron inicio tardío de atención de embarazo durante el III trimestre tenían mayormente educación secundaria incompleta (46.7%) (TABLA N° 8). Encontrándose que el nivel de instrucción de la adolescente influyó como predisponente al inicio temprano de la búsqueda de

atención prenatal, pues estas al tener mayor nivel de educación tienen más acceso a la información sobre los cuidados de salud ⁽³⁹⁾.

En nuestro estudio ante la pregunta (p18) *si alguna vez le hablaron sobre APN*, ellas contestaron en su mayoría que nunca se les había comentado sobre ese tema (54,9%), esto concuerda con el estudio de Faneite que en su estudio sobre *¿Por qué no se controla la embarazada?* Halló que uno de los factores por el cual no acudían al control era la deficiencia de la educación sobre los cuidados y atenciones prenatales pues ello generaba la falta de motivación y desconocimiento de su importancia ⁽³⁸⁾

Asimismo aquellas que si contestaron haber escuchado antes de la gestación sobre la Atención prenatal tuvieron mayor frecuencia de iniciar su atención durante los tres primeros meses, pues un 54.5% de las que iniciaron tempranamente su APN si habían escuchado antes sobre el tema, de manera contraria fue frecuente encontrar que aquellas gestantes que tuvieron inicio tardío de APN nunca habían escuchado antes sobre ese tema (53.3%). Esto resalta la importancia y la necesidad de explicarles a las gestantes adolescentes muy cuidadosamente sobre el proceso de gestación, pues es sabido que las vicisitudes del embarazo, parto y crianza no son temas de conversación a esa edad, debiéndose de educar a todas las adolescentes sobre temas relacionados a la gestación y sus cuidados. De este modo es trascendental que el Ministerio de Salud mejore las políticas y/o estrategias de atención de los establecimientos de primer nivel de atención para incentivar los controles prenatales en tiempo y forma adecuada a los adolescentes.

Un 89,3% de las adolescentes consideró que realizarse la Atención prenatal era muy importante. Sin embargo ante la pregunta (p19) si podría definir Atención Prenatal o sabe en que consiste, las que pudieron responder en que consiste este procedimiento y comprender el tema sólo fueron 50,5%; viéndose que gran parte de las adolescentes creían en la importancia de la APN, sin embargo no todas conocían o sabían bien sobre el tema, esto significa la poca difusión de información sobre cuidados prenatales en este grupo etéreo, pues también se observó que las pacientes que contestaron si saber sobre el tema de la atención prenatal tuvieron más casos de inicio temprano (56.2%) (TABLA N° 9).

En cuanto al **Factor de tipo económico**; en lo que respecta al ingreso mensual del hogar se halló que 58,7% tenían ingresos entre los 550 y 1000 soles al mes; sólo 16% refirieron tener ingresos menores a 550 soles mensuales (TABLA N° 10). Las investigaciones revisadas concluyen que el factor económico es el factor principal determinante para el acceso a los servicios de salud, pues este influye directamente al momento en el cual la adolescente inicia su atención prenatal ⁽²³⁾ ⁽³⁶⁾, varios investigadores refieren que el inicio tardío de la atención del embarazo es por problemas principalmente económicos, de esta manera el nivel socioeconómico interviene como pre disponente de la utilización de servicios de atención prenatal.

De esta manera en nuestro estudio se halló que un (55,8%) contó con el apoyo económico de sus padres y parejas dándose en gran parte de estos casos el inicio temprano de la atención del embarazo (56.3%), destacándose así la importancia y lo determinante del apoyo económico de la pareja y los padres para un acceso a la atención del embarazo.

Asimismo ante la pregunta (p 29) sobre si su economía era suficiente ante el embarazo, solo el 32.5% dijeron tener una economía insuficiente para su

gestación, lo que quiere decir que un 67.5% cree que su economía es suficiente para la atención y cuidado de embarazo, siendo entonces el factor económico en nuestra muestra no el principal determinante para el inicio tardío (TABLA N°11).

Dentro de los Factores determinantes de **tipo psicológico**; nuestro estudio halló que la frecuencia de **embarazos no deseados** en nuestra muestra fue de 83%; la literatura muestra que la variable *embarazo no deseado* tiene menor probabilidad de cuidado prenatal precoz y más situación de riesgo, pues se ha asociado al embarazo deseado con la mayor importancia a su embarazo y por ende la búsqueda temprana de atención ⁽³²⁾. Sin embargo el *embarazo no deseado* en nuestra muestra no fue determinante para el inicio tardío pues se observó que un 74.1% de las que tuvieron inicio temprano fueron embarazos no deseados, (TABLA N° 12), lo que muestra que no sólo el *embarazo deseado* motiva a la búsqueda de atención pues existen otros factores que motivan a las adolescentes asistir tempranamente a su APN, siendo el embarazo no deseado no el principal limitante para iniciar la respectiva atención.

De igual forma ante la pregunta si tuvieron ideas de aborto, aproximadamente 79.6% dijo no haber pensado en abortar o que no dudaba de continuar la gestación, pues aunque no fue una gestación deseada, ellas terminaron por aceptar el embarazo, siendo esto favorable para el cuidado de la gestación, pues la aceptación de su gestación y el querer continuar la gestación determinó en un 88.4% el inicio temprano.

El Temor de informar el embarazo a los familiares fue alto con un 81.1%, esto no sólo reflejó el temor para comunicar a los padres sobre el embarazo, sino

también el temor a que ellos no puedan entenderla, pues los estudios relacionan al rechazo familiar como pre disponente al aborto en adolescentes.^{(2) (30)}

Por ello la literatura menciona que la adolescente debe superar primero la aceptación de sus familiares hacia su nuevo embarazo, pues el temor para informar a sus padres se da por no querer desilusionarlos o decepcionarlos. Así sólo un 18,9% dijo no tener temor de informar el embarazo quizás estos fueron embarazos deseados (TABLA N° 13).

Así también fue más frecuente que las adolescentes informaran a sus padres de su gestación durante el segundo mes de embarazo en un 35% y la relación del inicio de la Atención Prenatal con el momento en que la gestante adolescente decide contar a sus familiares sobre el embarazo, se vio que aquellas que tuvieron la confianza para comunicar a sus familiares sobre su gestación durante los tres primeros meses de gestación en su mayoría tuvieron un inicio más temprano que aquellas que informaron después del cuarto mes de embarazo, lo que refleja que el tiempo en el cual la familia se entera es decisivo para que la gestante sienta respaldo y apoyo para acudir a su consulta, pues es generalmente la familia quien propicia la búsqueda de atención del especialista (TABLA N° 13).

Finalmente en cuanto al **factor institucional** y su influencia al inicio de la APN, la literatura muestra que las mujeres tienen una alto porcentaje de problemas para el acceso a los servicios de salud,⁽¹⁷⁾ Ello no se halló en nuestra muestra, pues en este estudio ante la pregunta (p 35) *acerca si tuvieron alguna limitante de Tipo institucional para poder acudir a su primer control del embarazo*, las adolescentes contestaron en su mayoría no haber tenido ningún problema de tipo institucional para el acceso al hospital en un 52,9% (TABLA N°14).

Sólo el 47.1% de la muestra refirió problemas de acceso; 14,6% de las adolescentes entrevistadas dijeron no haber podido acceder a tiempo a la atención del embarazo por falta de tiempo pues estudiaban y otras trabajaban; la falta de atención por las tardes en los hospitales fue el problema para ellas, asimismo un 13,6 % de ellas manifestó no haber venido lo antes posible a la atención prenatal por su condición de adolescente pues temían que no se les haga caso por ser menores de edad muchas de ellas esperaban contar a sus padres sobre el embarazo para recién así decidir venir al control y poder ser acompañados por ellos.

La literatura revisada muestran al factor económico como el principal limitante de acceso^{(1) (23) (36)}, en comparación a nuestra muestra el factor económico no fue el principal determinante para el acceso a la atención temprana del embarazo pues sólo un 11,2% refirió no haber venido precozmente a su control por problemas económicos.

Por lo que estos datos encontrados no concuerdan con los estudios mencionados anteriormente pues en esta muestra no se halló alta frecuencia de limitantes de acceso, sólo 47.1% tuvo dificultad de acceso, lo que vendría a decir que solo 5 de cada 10 gestantes refirió alguna dificultad de acceso para acudir al servicio de salud a tiempo, por lo contrario la ENDES 2000 mostró que en Lima 8 de cada 10 mujeres refirieron algún problema de acceso⁽¹⁷⁾.

Lo resaltante aquí es mencionar que hubo una alta influencia de la limitante de acceso con el inicio de la APN; pues aquellas gestantes de inicio temprano de la APN tuvieron menos dificultades de acceso pues sólo el 26.8% de ellas tuvieron alguna limitante de acceso, por otra parte las limitantes de acceso fueron altas en las que tuvieron inicio tardío de la APN, por lo que la dificultad de acceso si influyó directamente en todos los casos de inicio tardío.

CONCLUSIONES

- El inicio temprano (I trimestre) de la APN fue prevalente en la muestra estudiada con un (54.4%), asimismo el 38.3% tuvo inicio intermedio (II trimestre) y el inicio tardío (III trimestre) fue un 7.3% (TABLA N° 1).
- Los factores que influyeron en el inicio temprano de la APN de las gestantes adolescentes; fueron el **factor pareja** (estado civil, escolaridad de pareja y aceptación del embarazo), el **factor educacional** (escolaridad de la gestante y conocimientos sobre la APN) y el **factor familiar** (la buena comunicación y confianza con los padres, el vivir con la pareja y/o familia de la pareja y el apoyo familiar ante el embarazo) (TABLA N°16). Asimismo el **Factor económico** actuó como predisponente hacia la búsqueda y acceso a la APN, pues el *apoyo económico* de los padres y parejas fue favorable al inicio temprano de la APN en las gestantes adolescentes.
- Complementariamente el **Factor institucional** (limitante de acceso) influyó totalmente al inicio tardío (III Trimestre) de la APN, pues el 100% de los casos de inicio tardío refirió algún problema para acceder a tiempo al establecimiento de salud (TABLA N°14). Así también el **Factor psicológico** tuvo mayor influencia al inicio tardío (III Trimestre) de la APN, pues las variables: el embarazo no deseado, el temor de informar a sus padres su gestación, y la postergación del momento en que la gestantes deciden informar a sus familiares sobre el embarazo, fue altamente frecuente en las gestantes que tuvieron inicio tardío (III Trimestre) de la APN (TABLA N°13)
- Las Características de una gestante adolescente que inició tempranamente su Atención Prenatal fueron las siguientes: gestante que vive con su pareja y/o

familia de su pareja, con buena relación con sus padres y cuenta con el apoyo familiar y es acompañada a su primera APN por su pareja; asimismo el ser casada o conviviente, tener aceptación de embarazo por parte de la pareja y que la pareja tenga escolaridad secundaria completa o superior, así también gestante con nivel de secundaria completa o superior, el conocer sobre que es APN, el apoyo económico de los padres y la pareja al embarazo, y aquella gestante que decide informar tempranamente a su familia sobre su gestación durante los 3 primeros meses de gestación, y el no tener dificultades de acceso, son características favorables encontradas en la muestra para el inicio temprano de la APN (TABLA N°16).

RECOMENDACIÓN

- Los resultados podrían fundamentar nuevas estrategias para la Atención Prenatal en gestantes adolescentes que acuden al Hospital Santa Rosa.
- Se debe realizar un estudio tipo cualitativo que permita analizar con mayor acercamiento los factores protectores y de riesgo para la búsqueda de atención prenatal por parte de la gestante adolescente.
- Implementar actividades que permitan y favorezca la participación del varón en la atención prenatal, mas aún en los Adolescentes, pudiendo realizarse talleres sobre cuidados de embarazo en los colegios y/o universidades, pues el tema de gestación no es un tema muy hablado ni conversado por los y las adolescentes.
- Dar educación a la adolescente pero no sólo educación en cuanto a anticoncepción y sexualidad sino también sobre promoción de salud y prevención riesgos durante el embarazo, pues las madres adolescentes que reciben la atención prenatal de forma tardía, representan el grupo de adolescentes en mayor riesgo de padecer complicaciones durante el embarazo y en el mismo momento de parto asimismo son aquellas mas predisuestas a tener hijos con mayores complicaciones.

BIBLIOGRAFIA

1. NÚÑEZ RIVAS, HILDA - LIC. ANA ELIZONDO UREÑA. Artículo: El control prenatal en adolescentes embarazadas en costa rica - bol méd hosp infant méx 2002; vol. 59(9):555-561
2. PASARIN, LORENA. Proyecto de investigación "Redes sociales asociadas al cuidado prenatal de las madres adolescentes y su relación con el acceso al sistema de salud. Estudio de dos poblaciones Argentina-México". - Instituto de Desarrollo e Investigaciones Pediátricas (IDIP), Argentina. 2005.
3. VALENCIA VILDAZOLA NORMA. "Características de la madre adolescente y su recién nacido". IMP. 1997. Perú.
4. MIRANDA PALACIOS, ROCÍO. Factores biopsicosociales relacionados al embarazo en adolescentes del Centro Materno Infantil Juan Pablo II de Villa El Salvador-2005. Tesis en obstetricia. UNMSM.
5. ENDES 2004
6. FLORES CARMEN ELISA. "Factores socioeconómicos y contextuales que determinan la actividad reproductiva de las adolescentes en Colombia". Rev Panam Salud Pública. 2005; 18(6):388-402.
7. CARREÓN VÁSQUEZ J, MENDOZA SÁNCHEZ H. y otros. "Factores socioeconómicos asociados al embarazo en adolescentes". Arch Med Fam 2004; 6 (3): 70-73.
8. <http://www.inei.gob.pe/biblioineipub/bancopub/Est/Lib0016/indice.htm>
9. TÁVARA OROZCO LUIS. Contribución de las Adolescentes a la Muerte Materna en el Perú. Ginecol. obstet. 2004; 50 (2): 111 – 122.
10. DEVIDA-Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida Sin Drogas. Mesa Técnica «Diagnóstico, Orientación y Consejería en Salud Integral». (Lima, Abril 2004)

11. INMP – MINSA- Manual del II Curso Nacional: Adolescencia y Salud Reproductiva.1996.
12. JULLY CALDERÓN S. y Luis Alzamora de los Godos U. "Influencia de las relaciones familiares sobre el aborto provocado en adolescentes". Rev. Perú. Med. exp. salud publica v.23 n.4 Lima oct./dic. 2006.
13. FERRANDO DELICIA. El Aborto Clandestino en el Perú. Nuevas evidencias. Fundación Ford. Pathfinder Fund, Flora Tristán. Prin ppt. Lima Mayo 2004.
14. MINSA. Normas técnico administrativas para la atención integral de la población de 10 a 19 años. Lima Perú. 2004.
15. SCHWARCZ RICARDO. Obstetricia. Editorial "El Ateneo". 6º Edición Argentina.2005. Pág.:175-179
16. OMS. Organización Mundial de la Salud.
17. ENDES - 2000.
18. PADILLA DE GIL. "Aspectos médicos y sociales de la maternidad en la adolescencia"- Rev. Sogia 2000; 7 (1): 16- 25.
19. SIMON PEREIRA, LUIS. Morbilidad materna en la adolescente embarazada. Ginecol Obstet Méx 2002; Vol. 70(6):270-274.
20. CASANUEVA, ESTHER y otros. Prevalence of nutritional deficiencies in Mexican adolescent women with early and late prenatal care. Archivos Latinoamericanos de Nutrición. Mar. 2003, vol.53, no.1, p.35-38.
21. FERREIRA, MARTHA BEATRIZ. Características del control prenatal en las embarazadas adolescentes. Instituto Nacional De Enfermería Departamento Materno Infantil. Uruguay- 2002.
22. MANRIQUE DE LARA SUÁREZ, Digna Amabilia. "Factores obstétricos, sociales y culturales asociados a la participación de la gestante en el Control Prenatal en dos establecimientos de salud, Huánuco, 2004". Tesis Mg. en Obstetricia. UNMSM-2006.

23. TAMEZ GONZÁLEZ, SILVIA y otros. Adaptación del modelo de Andersen al contexto Mexicano: Acceso a la Atención Prenatal. Salud Pública Méx 2006; Vol. 48(5):418-429.
24. CASINI SERGIO, Gustavo A. Lucero Sáinz, Martín Hertz y Elsa Andina. Artículo original- Guía de control prenatal. Embarazo normal. Rev. Hosp. Mat. Inf. Ramón Sardá 2002, 21.
25. URREGO Z, Gonzales E, Fernandez R. Evaluación del control prenatal en el Hospital Kennedy Primer Nivel E.S.E. Bogotá 1999-2000 [online]. Caracas: Federación Pana-mericana de Asociaciones de Facultades (Escuelas) de Medicina.
26. INEI, 2000 - 2001
27. CÓRDOVA LUGO, ARTURO. "Morbimortalidad Materno-Perinatal en primigestas adolescentes según el Control Prenatal". Lima; 2001. Tesis Bachiller en Med. UPCH.
28. PACORA PERCY; ELENA CAPCHA y otros. "La privación social y afectiva de la madre se asocia a alteraciones anatómicas y funcionales en el feto y recién nacido". Anales de la Facultad de Medicina. 2005.
29. MONDRAGÓN HUERTAS Y ORTIZ GARCÍA. "Complicaciones materno perinatales de embarazo en primigestas adolescentes: estudio caso-control – Hospital Sergio E. Bernales, Mayo-Octubre 2004". Tesis en obstetricia. UNMSM.2005.
30. FERNÁNDEZ, LILIAM SUSANA. Caracterización De La Gestante Adolescente - Rev Cubana Obstet Ginecol 2004;30(2)
31. ALONSO URÍA, ROSA MARÍA. "Seguimiento al hijo de madre adolescente". Rev Cubana Med Gen Integr v.21 n.5-6 Ciudad de La Habana sep.-Dic. 2005
32. MIRABAL MARTÍNEZ GRISELL y otros. "Repercusión biológica, psíquica y social del embarazo en la adolescencia". Rev Cubana Enfermer v.18 n.3 Ciudad de la Habana sep.-dic. 2002.

33. RAMÍREZ ZETINA M, y otros. La atención prenatal en la ciudad fronteriza de Tijuana, México. Rev Panam Salud Pública 2000; 7: 97-101.
34. SALVADOR MOYSÉN J. y otros. Situación psicosocial de las adolescentes y toxemias del embarazo. Salud Pública Mex 2000; 42:99-105.)
35. BAEZA W. BERNARDITA y otros. "Identificación de factores de riesgo y factores protectores del embarazo en adolescentes de la novena región". REV CHIL OBSTET GINECOL 2007; 72(2):76-81.
36. TEJADA ÁLVAREZ y otros. "Influencia de algunos factores socioeconómicos y educacionales en la actitud de la primigesta adolescente hacia su embarazo" - Hospital Maternidad de Lima enero-febrero 1993.
37. MOGENSEN, CRISTINA. Un análisis relacional de la participación del varón en la atención prenatal: el caso de las embarazadas adolescentes que se atienden en los servicios públicos de salud de la ciudad de mar del Plata. En libro: Jornadas Gino Germani. IIFCS, Instituto de Investigaciones Gino Germani, Buenos Aires, Argentina. 2000. p. 11.
38. FANEITE A. PEDRO, Clara Rivera, y otros. ¿Por qué no se controla la embarazada? Rev Obstet Ginecol Venez 2002;62(2):77-81
39. MARÍA RAGUZ. Consultora Manuela Ramos "Foro Embarazo Adolescente: Políticas Públicas con Equidad de Género" – 2006.
40. ORTIZ SERRANO Ricardo. "Caracterización de las adolescentes gestantes de Bucaramanga, Colombia".Universidad Autónoma de Bucaramanga. Med UNAB. Vol. 8 No. 2 - Agosto 2005.
41. TARQUI M. Carolina; Alejandro Barreda G. "Factores Asociados con la elección del parto domiciliario en una zona de atención primaria. Callao, Perú". Rev. Perú. med. exp. salud publica v.22 n.2 Lima abr./jun 2005.

ANEXO 01

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS
Facultad de Medicina - E. A. P. Obstetricia

ENTREVISTA ESTRUCTURADA

“FACTORES DETERMINANTES QUE INFLUYEN EL INICIO DE LA ATENCIÓN PRENATAL EN GESTANTES ADOLESCENTES”.

PRESENTACION: El cuestionario que se presenta se hace con fines de estudio, destinado a evaluar sus características sociales y apreciaciones hacia la atención Prenatal. Por ello, le pedimos su colaboración respondiendo con toda sinceridad.

El presente cuestionario es confidencial y anónimo. ¡Muchas gracias por su colaboración!

INSTRUCCIONES:

Lea atentamente cada pregunta y marque con una equis (X) en el recuadro correspondiente. No debe dejar de contestar ninguna pregunta. No hay respuestas correctas e incorrectas; todas sus respuestas son validas.

FECHA DE ENTREVISTA:.....

1. Edad: (Distrito de procedencia):

I. NÚCLEO FAMILIAR

2. ¿Con quiénes vives Actualmente?

1 Con mis padres (papá + mamá) ____

2 Con mis padres + pareja ____

3 Sólo vivo con mi mamá ____

4 Sólo vivo con mi papá ____

5 Con mis suegros + pareja ____

6 Con mi pareja ____

7 Otros: ____

3. Estado civil de tus padres:

1 Casados ____ 2 Convivientes ____ 3 Separados ____ 4 Viudos ____

4. Antecedente de embarazo adolescente:

1 Hermana ____ 2 Madre ____ 3 Hermana + madre ____ 4 Ninguno ____

- 8 ¿Cual es el nivel de escolaridad de tus padres? Marque con una equis (X) en cada columna el nivel educativo de ambos padres.

<i>Escolaridad</i>	<i>mamá</i>	<i>papá</i>
1 Primaria incompleta		
2 Primaria completa		
3 Secundaria incompleta		
4 Secundaria completa		
5 Superior técnico		
6 Superior universitario		

6. En cuanto al ambiente familiar y la relación con los padres:

AFIRMACIONES:	Siempre	Casi siempre	A veces	Pocas o sólo algunas veces	Casi nunca ó nunca
- Frecuencia en cuanto a las actitudes o actos de violencia en el hogar.					
- Conversación y comunicación con los padres.					
- Hay confianza hacia los padres al conversar sobre sus vivencias en cuanto a sexualidad y/o otros aspectos de la vida.					
- Expresiones de afecto y cariño en el hogar.					

7. ¿Quién te acompaña a tu primer Control Prenatal?

8. ¿Actualmente tu familia (tus padres) se preocupan por tu salud durante el embarazo? 1Si____ 2No____ 3 No saben del embarazo ____

II. FACTOR PAREJA

9. ¿Cuál es tu estado civil? 1Casada __ 2Conviviente__ 3Soltera__ 4Viuda __

10. ¿Cuánto tiempo de unión (relación) tienes con tu pareja?

11. ¿Qué edad tiene tu pareja?____

12. ¿Qué grado de instrucción tiene tu pareja?

- 1 Primaria incompleta____ 2 Primaria completa____
3 Secundaria incompleta____ 4 Secundaria completa____
5 Superior técnico____ 6 Superior universitario____

13. ¿Qué ocupación tiene tu pareja?

- 1 Trabaja____ 2 Estudia____ 3 Estudia y trabaja____ 4 Sin ocupación____

14. ¿Cómo es la relación con tu pareja?

- 1 Buena____ 2 Regular____ 3 Mala____ 4 Ya no lo veo____

15. ¿Cuál fue la actitud de tu pareja al enterarse de tu embarazo?

1 Aceptación____ 2 Rechazo____ 3 No sabe aun____

16. ¿Durante el embarazo, su pareja se preocupa por su salud y la apoya afectivamente?

1 Si____ 2 No____

III. FACTOR EDUCACIONAL

17. ¿Qué grado de instrucción tiene UD?:

1 Primaria incompleta____ 2 Primaria completa____
3 Secundaria incompleta____ 4 Secundaria completa____
5 Superior técnico____ 6 Superior universitario____

18. ¿Alguna vez le han hablado sobre el Control Prenatal?

1 Si____ 2 Nunca____ ¿Quién le hablo?_____

19. ¿Sabe UD. qué es Atención Prenatal? 1= No sabe ____

.....

20. ¿UD. Cree que es importante y necesario asistir al control prenatal?

1 Si____ 2 No____ 3 No sabe____

IV. FACTOR SOCIOECONOMICO:

21. ¿Cuál es su ocupación actualmente?

1 Estudiante____ 2 Ama de casa____ 3 Trabajo____ 4 Estudia y trabaja____

- Especificar:

22. En cuanto al número de habitaciones de tu casa, cuál es tu caso:

- 1 Cada persona tiene habitación propia y también hay habitaciones anexas.
- 2 Cada persona tiene habitación propia.
- 3 UD. comparte su habitación con otra persona.
- 4 Todos duermen en una sola habitación.

23. ¿Cuál es su Tipo de vivienda?

1 Casa independiente____ 2 Departamento alquilado____
3 Vivienda en quinta____ 4 Vivienda colectiva____

24. Marca los servicios con los cuales UD. cuenta:

Agua y desagüe___ Luz___ Cable mágico___ Internet___

25. ¿Cuál es el ingreso mensual en tu hogar? (rango de Ingreso)

1. 550 soles al mes (sueldo mínimo)

2. Entre 550 - 1000 al mes

3. Entre 1000 - 2000

4. > 2000 soles

26. ¿Quién o quienes solventan económicamente tu familia?

.....
.....

27. ¿Cuentas con el SIS? 1 Si___ 2 No___

28. UD. Cuenta con Apoyo económico de:(marque con X)

Padres___ Pareja___ Otros___

29. ¿UD cree que su economía es suficiente para solventar los gastos de tu embarazo? 1 Si___ 2 No___

V. FACTOR PSICOLÓGICO

30. ¿Este embarazo fue deseado (planificado) en su inicio?

1 Si___ 2 No___

31. ¿En algún momento durante el inicio de la gestación tuviste ideas de aborto, y/o dudaste en continuar el embarazo?

1 Si___ 2 No___

32. En este momento cual es su actitud ante el embarazo:

1. Deseo criarlo___ 2. No desea criarlo___

33. ¿En un inicio UD. tuvo temor de informar el embarazo a los padres?

1 Si___ 2 No___

¿Por qué?_____

34.- ¿En que momento decides contar a tu familia de tu embarazo? ¿Cómo reaccionaron?

.....
.....

VI. FACTOR INSTITUCIONAL

35. En cuanto al Tipo de problema de acceso a los servicios de salud. ¿Cuál fue el principal motivo por el cual dudaste en acceder a un establecimiento de salud lo más temprano posible para el inicio de la atención prenatal?

(Enumerar del 1 al 6 en orden de importancia)

1. No saber a donde ir, por desconocimiento de recursos de asistencia prenatal.	
2. No conseguir permiso en el trabajo y/o centro de estudio.	
3. No tener dinero para la consulta, y/o problemas económicos.	
4. La distancia al establecimiento de salud.	
5. No querer ir sola	
6. No hay personal de salud femenino.	

- Si No tuvo problemas para acudir a un establecimiento de salud entonces marque la siguiente opción:

7. Acudió lo antes posible (durante el primer trimestre) y no tuvo problema para acceder a los servicios de salud.	
--	--

36. ¿Quién le sugirió iniciar control prenatal en este punto de atención?

- | | |
|--------------------------------|------------------------------------|
| 1. UD. misma. ____ | 2. Su madre o padre. ____ |
| 3. Su esposo o compañero. ____ | 4. Un hermano/a o familiar. ____ |
| 5. Un amigo/a. ____ | 6. Un trabajador de la salud. ____ |
| 7. Otra persona. ____ | |

37. ¿Por qué usted decidió venir a esta Institución de Salud y no fue a otra?

.....
.....

38.- ¿Con Qué prueba o examen confirmaste el embarazo? ¿Quién te ayudo?

.....
.....

39.- ¿Iniciaste tu control prenatal después de saber que estabas embarazada, cuando lo iniciaste? Si o No. ¿Por qué?

.....
.....

ANEXO 02

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

Facultad de Medicina - E. A. P. Obstetricia

Factores que influyen en el Inicio de la Atención Prenatal en gestantes adolescentes.

FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

DATOS DEL CARNET PERINATAL			
EDAD:		HC:	
FORMULA OBSTÉTRICA: G_ P_ FUR:.....			
LA PRIMERA ATENCIÓN PRENATAL FUE A LAS: (EDAD GESTACIONAL).....			
≤ 13 SEMANAS (Primer trimestre).	1	0-9 semanas:	
		10- 13semanas:	
>13 SEMANAS de edad gestacional (EG)	2	II trimestre: -de 14 a 27 semanas.	
	3	III trimestre: -de 28 a 40semanas.	

ANEXO 03

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

Facultad de Medicina - E. A. P. Obstetricia

CONSENTIMIENTO INFORMADO:

Consentimiento para obtener información sobre los Factores que influyen en el inicio de la Atención Prenatal en gestantes adolescentes.

Por favor lea cuidadosamente la declaración de abajo y piense acerca de su opción. No importa lo que UD. decida, esto no afectará su cuidado de la salud o su participación en este estudio.

.....

“Yo estoy de acuerdo en participar y permitir que se me realice la entrevista para dicho trabajo de investigación referido y doy mi consentimiento para brindar información para el trabajo a realizarse, cuyo tema es: Factores que influyen en el inicio de la Atención Prenatal en gestantes adolescentes”.

SI

☐

NO

☐

HUELLA DIGITAL

.....

Firma de la participante

.....

Firma del personal del estudio

Fecha: